

Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico

**María L. Siquier de Ocampo,
María E. García Arzeno,
Elsa Grassano y colab.**

Capítulo I

El proceso psicodiagnóstico

Caracterización. Objetivos. Momentos del proceso.
Encuadre.

María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

La concepción del proceso psicodiagnóstico, tal como lo postulamos en esta obra, es relativamente nueva.

Tradicionalmente se lo ha considerado "desde afuera" como una situación en la que el psicólogo le toma un test a alguien y en esos términos se formula la derivación. En algunos casos incluso se le ha especificado qué test o tests debe administrar. Entonces la derivación se ha formulado como "hacer un Rorschach" o "tomar un Desiderativo" a alguien.

Desde otro punto de vista, "desde adentro", el psicólogo ha sentido tradicionalmente su tarea como el cumplimiento de un pedido que tiene las características de una demanda que hay que satisfacer siguiendo los pasos y utilizando los instrumentos indicados por otro (psiquiatra, psicoanalista, pediatra, neurólogo, etcétera). El objetivo fundamental de su contacto con el paciente era entonces la investigación de lo que éste hace frente a los estímulos presentados. De este modo, el psicólogo ha funcionado como alguien que aprendió lo mejor que pudo a administrar un test. El paciente, por su parte, ha representado a alguien cuya presencia es imprescindible; alguien de quien se espera que colabore dócilmente pero que sólo interesa como objeto parcial, es decir, como "el que debe hacer el Rorschach o la Pareja". Todo lo que se desvíe de este propósito o interfiera su logro, ha sido considerado una perturbación que molesta y complica el trabajo.

Terminada la administración del último test, se procedía por lo general a despedir al paciente y enviar al remitente un informe

confeccionado con un enfoque molecular, es decir, test por test y con amplio lujo de detalles, hasta el punto de incluir en algunos casos el protocolo de registro de los tests administrados, sin tener en cuenta que el profesional remitente no tiene conocimientos específicos suficientes como para extraer información útil de todo ese material. Este tipo de informe psicológico funciona como una rendición de cuentas por parte del psicólogo al otro profesional, a quien se siente como un Superyó exigente e inquisidor. Detrás de ese deseo de mostrar detalladamente lo ocurrido entre su paciente y él se oculta una gran inseguridad, fruto de su débil identidad profesional. Surge entonces una imperiosa necesidad de justificarse y probar (y probarse) que procedió correctamente, detallando en exceso lo acontecido por temor a no mostrar nada esencial y clínicamente útil. Estos informes psicológicos resultan, a la luz de nuestros conocimientos actuales, una fría enumeración de datos, rasgos, fórmulas, etcétera, a menudo no integrados en una *Gestalt* que dé cuenta de lo esencial de la personalidad del paciente y permita evidenciarlo.

El psicólogo ha trabajado durante mucho tiempo con un modelo similar al del médico clínico, quien, para proceder con eficiencia y objetividad, toma la mayor distancia posible respecto de su paciente a los fines de establecer un vínculo afectivo que no le impida trabajar con la tranquilidad y objetividad necesarias.

En nuestra opinión, a menudo el psicólogo ha procedido y procede aún así por carecer de una sólida identidad que le permita saber quién es y cuál es su auténtica labor dentro del quehacer referido a la salud mental. Por eso tomó prestado pasivamente el modelo de trabajo del médico clínico (pediatra, neurólogo, etcétera), lo cual le procuraba un seudo alivio desde una doble perspectiva. Por un lado tomó prestado una seudo identidad, negando las diferencias y no pensando para no discriminar y volver a quedar desprotegido. El precio de este alivio, además de la imposición externa, fue el sometimiento interno que lo empobrecía desde todo punto de vista, si bien le evitaba cuestionarse quién era y cómo debía trabajar. El no indagar todo lo referente al sistema comunicacional dinámico aumentaba la distancia entre el psicólogo y el paciente y disminuía la posibilidad de vivenciar la angustia que dicha relación puede despertar. Así, se utilizaban los tests como si constituyeran en sí mismos el objetivo del psicodiagnóstico y como un escudo entre el profesional

y el paciente para evitar pensamientos y sentimientos que movilizaran afectos (pena, rechazo, lástima, miedo, etcétera).

Pero no todos los psicólogos actuaron conforme a esta descripción. Muchos experimentaron el deseo de un auténtico acercamiento al paciente. Para ponerlo en práctica debieron abandonar el modelo médico, afrontando por un lado la desprotección y por otro la sobrecarga afectiva por las depositaciones de que eran objeto sin estar preparados para ello. Podía ocurrir entonces que actuasen de acuerdo con los roles inducidos por el paciente: que se dejasen invadir, seducir, que lo sobreprotegieran, lo abandonaran, etc. El resultado era una contraidentificación proyectiva con el paciente, desde ya no conveniente porque interfería su labor. Debemos tener en cuenta que es escasa la confiabilidad que podemos otorgar a un diagnóstico en el que ha operado ese mecanismo sin posibilidades de corrección posterior. A causa de la creciente difusión del psicoanálisis en el ámbito universitario y su adopción como marco de referencia, los psicólogos optaron por aceptarlo como modelo de trabajo ante la necesidad de hallar una imagen de identificación que les permitiera crecer y fortalecerse. Esta adquisición significó un progreso de inestimable valor, pero al mismo tiempo provocó una nueva crisis de identidad en el psicólogo. Intentó trasladar la dinámica del proceso psicoanalítico al proceso psicodiagnóstico, sin tener en cuenta las características específicas de éste. Esto trajo aparejado una distorsión y empobrecimiento de distinta índole respecto de la línea anterior. Se enriqueció la comprensión dinámica del caso, pero se desvalorizaron los instrumentos que el psicoanalista no utilizaba. Sobrevaloró la técnica de la entrevista libre y relegó a un segundo plano el valor de los tests, a pesar de que era para aquello para lo que estaba mejor preparado. Su actitud hacia el paciente estaba condicionada por su versión del modelo analítico y su encuadre específico: permitir a su paciente poner en marcha el tipo de conducta que surge espontáneamente en cada sesión, interpretar sobre la base de ello contando con un tiempo prolongado para lograr su objetivo, pudiendo y debiendo ser continente de ciertas conductas del paciente tales como negativas a hablar o jugar (en niños), silencios prolongados, faltas reiteradas, tardanzas, etcétera.

Si lo que el psicólogo debe hacer es un psicodiagnóstico, el encuadre no puede ser éste: dispone de un tiempo limitado; la

excesiva duración del proceso resulta perjudicial; si no se pone límites a los rechazos, bloqueos y tardanzas, fracasa la labor y ésta se debe salvaguardar por todos los medios. Con respecto a la técnica de entrevista libre o totalmente abierta, si adoptamos el modelo del psicoanalista (que tampoco es el de todos ellos), habremos de dejar al paciente que hable lo que quiera y cuanto quiera, es decir respetaremos su *timing*. Pero con esto caeremos en una confusión: no disponemos de tiempo ilimitado. En nuestro contrato con el paciente hemos hablado de "algunas entrevistas" y a veces hasta se especifica más aún aclarando que se trata de tres o cuatro. Por lo tanto aceptar silencios muy prolongados, lagunas totales en temas fundamentales, perseveración en un mismo tema, etc., "porque es lo que el paciente dio", es funcionar con una identidad ajena (la del terapeuta) y romper el propio encuadre. Pondremos un ejemplo: si un paciente llega muy tarde a su sesión el terapeuta interpretará en función del material con que cuenta y esa misma tardanza puede constituir para él una conducta saludable en cierto momento de la terapia, como, por ejemplo, en el caso de ser el primer atisbo de transferencia negativa en un paciente muy predispuesto a idealizar su vínculo con él. En el caso del psicólogo que debe efectuar un diagnóstico, esos pocos minutos no le sirven para nada, puesto que a lo sumo podrá administrar algún test gráfico pero sin garantía de que pueda ser concluido en el momento preciso. Entonces puede ocurrir que prolongue la entrevista, con lo cual rompe su encuadre o interrumpe el test; todo esto perturba al paciente y anula su labor, ya que un test inconcluso carece de validez. Esa misma tardanza significa, pues, en este segundo caso, un ataque más serio al vínculo con el profesional porque ataca directamente al encuadre previamente establecido.

No cabe la menor duda de que la teoría y la técnica psicoanalíticas brindaron al psicólogo un marco de referencia imprescindible que le ayudó a entender correctamente lo acontecido en su contacto con el paciente. Pero así como una vez tuvo que revelarse contra su propia tendencia a ser un auxiliar-testista sometido a un modelo de trabajo frío, deshumanizado, molecular y sobredetallista, también llegó un momento (y diríamos que estamos viviendo ese momento) en que debió discriminar conscientemente sus similitudes y diferencias respecto del terapeuta psicoanalista. Todo este proceso ocurrió, entre otras razones, por

la juventud de la carrera, la formación recibida (pro o antipsicoanalítica) y factores personales. Desde nuestro punto de vista, hasta la inclusión de la teoría y la técnica psicoanalíticas, la tarea psicodiagnóstica carecía de un marco de referencia que le diera consistencia y utilidad clínica, especialmente cuando el diagnóstico y pronóstico debían realizarse en función de una posible terapia. El acercamiento entre la tarea psicodiagnóstica y la teoría y técnica psicoanalíticas se ha producido por un esfuerzo mutuo. Si el psicólogo trabaja con su mismo marco de referencia, el psicoanalista deposita más confianza y esperanzas respecto del acierto y la utilidad de la información que recibe de aquél. El psicoanalista se ha abierto más a la información proporcionada por el psicólogo, y éste, a su vez, al sentirse mejor recibido ha redoblado sus esfuerzos para dar algo cada vez mejor. Hasta no hace mucho tiempo, el hecho de que el informe psicológico incluyera la enumeración de los mecanismos defensivos utilizados por el paciente, constituía una información importante. En el estado actual de cosas estimamos que decir que el paciente utiliza la disociación, la identificación proyectiva y la idealización, es una información hasta cierto punto útil pero insuficiente. Posiblemente todo ser humano apela a todas las defensas conocidas según la situación interna que deba enfrentar. Por eso pensamos que lo más útil es describir qué situaciones ponen en juego esas defensas, cuál es su intensidad y qué probabilidades hay de que resulten exitosas. De un informe de esta naturaleza estimamos que el terapeuta extraerá una información más útil.

El psicólogo ha debido recorrer las mismas etapas que un individuo recorre en su crecimiento. Ha buscado figuras buenas con las cuales identificarse, ha adherido ingenua y dogmáticamente a cierta ideología y se ha identificado introyectivamente con otros profesionales que funcionaron como imágenes parentales, hasta que pudo cuestionarse, a veces con excesiva virulencia (como adolescentes en crisis), la posibilidad de no ser como ellos. Pensamos que el psicólogo ha entrado en un período de madurez al percibir que utilizaba una "seudo" identidad, la cual, sea cual fuere, distorsionaba su identidad real. Para percibir a esta última, debió tomar una cierta distancia, pensar críticamente en aquello que funcionaba como incuestionable, evaluar lo positivo y digno de ser incorporado y lo negativo o ajeno por completo a su quehacer, a lo que debió renunciar. Logró así una mayor autonomía en

el pensamiento y en la práctica, con lo cual no sólo se discriminará y fortalecerá la identidad propia sino que podrá pensar más y mejor en sí mismo, contribuyendo al enriquecimiento de la teoría y de la práctica psicológica inherente a su campo de acción.

Caracterización del proceso psicodiagnóstico

Institucionalmente el proceso psicodiagnóstico configura una situación con roles bien definidos y con un contrato en el que una persona (paciente) pide que la ayuden y otra (psicólogo) acepta el pedido y se compromete a satisfacerla en la medida de sus posibilidades. Es una situación bipersonal (psicólogo-paciente o grupo familiar), de duración limitada, cuyo objetivo es lograr una descripción y comprensión lo más profunda y completa que sea factible de la personalidad total del paciente o del grupo familiar. Asimismo enfatiza la investigación de algún aspecto en particular según la sintomatología y las características de la derivación (si la hubiere). Abarca los aspectos pretéritos, presentes (diagnóstico) y futuros (pronóstico) de esa personalidad, utilizando para lograr tales objetivos ciertas técnicas, (entrevista semidirigida, técnicas proyectivas, entrevista devolutiva).

Objetivos

En nuestra caracterización del proceso psicodiagnóstico hemos adelantado algo respecto del objetivo del mismo. Veámoslo más en detalle. Decimos que nuestra investigación psicológica debe lograr una descripción y comprensión de la personalidad del paciente. Mencionar sus elementos constitutivos no satisfacen nuestras exigencias. Es menester, además, explicar la dinámica del caso tal como aparece en el material recogido, integrándolo en un cuadro total. Una vez logrado un panorama preciso y completo del caso, incluyendo los aspectos patológicos y los adaptativos, trataremos de formular recomendaciones terapéuticas adecuadas (terapia breve y prolongada, individual, de pareja, de grupo familiar o grupal; con qué frecuencia; si es recomendable un terapeuta hombre o mujer; si la terapia puede ser analítica o de orientación analítica o bien otro tipo de terapia; si se presta el caso para un tratamiento medicamentoso paralelo, etcétera).

Momentos del proceso psicodiagnóstico

Según nuestro enfoque reconocemos en el proceso psicodiagnóstico los siguientes pasos:

- 1º) Primer contacto y entrevista inicial con el paciente.
- 2º) Administración de tests y técnicas proyectivas.
- 3º) Cierre del proceso: devolución oral al paciente (y/o sus padres).
- 4º) Informe escrito al remitente.

En el momento de apertura ubicamos el primer contacto con el paciente, que puede ser directo (personalmente o por teléfono) o por intermedio de otra persona. También incluimos aquí la primera entrevista o entrevista inicial a la que nos referiremos en detalle en el capítulo II. El segundo momento consiste en la administración de la batería seleccionada previamente y ordenada de acuerdo con el caso. También incluimos aquí el tiempo que el psicólogo debe dedicar al estudio del material recogido. El tercero y cuarto momento lo integran respectivamente la entrevista de devolución de información al paciente (y/o los padres) y la redacción del informe pertinente al profesional que lo ha derivado. Estos pasos posibilitan informar al paciente acerca de lo que pensamos que le ocurre y orientarlo respecto de la actitud a asumir más recomendable en su caso. Otro tanto se hace con quien envió el caso a psicodiagnóstico. El contenido y la forma del informe depende de quién lo ha solicitado y de lo que ha pedido que se investigue más específicamente.

Encuadre

Ya nos hemos referido a la necesidad de utilizar un encuadre a lo largo del proceso psicodiagnóstico. Procederemos ahora a definir qué entendemos por encuadre y a aclarar algunos puntos al respecto.

Utilizar un encuadre significa para nosotros mantener constantes ciertas variables que intervienen en el proceso, a saber:

- Aclaración de los roles respectivos (naturaleza y límite de la función que cada parte integrante del contrato desempeña).

2. Lugares donde se realizarán las entrevistas.

3. Horario y duración del proceso (en términos aproximados, tratando de no plantear una duración ni muy corta ni muy prolongada).

4. Honorarios (si se trata de una consulta privada o de una institución paga).

El encuadre no se puede definir con mayor precisión porque el contenido y el modo de su formulación dependen en muchos aspectos de las características del paciente y sus padres.

Por eso recomendamos aclarar desde el comienzo los elementos imprescindibles del encuadre, dejando para el final de la primera entrevista los restantes. Percibir cuál es el encuadre justo para el caso y poder luego mantenerlo es un elemento tan importante como difícil de aprender en la tarea psicodiagnóstica. Lo que nos resulta más recomendable es una actitud permeable y abierta (tanto hacia las necesidades del paciente como a las propias) para no establecer condiciones que luego resulten insostenibles (falta de límites o límites muy rígidos, alargamiento del proceso, planteo confuso de su tarea, etc.) y que perjudican especialmente al paciente. La plasticidad resulta ser una condición valiosa para el psicólogo cuando la utiliza a los fines de ubicarse frente al caso con acierto y dar con el encuadre apropiado. También lo es cuando sabe discriminar entre una necesidad real de modificar el encuadre prefijado y una ruptura de encuadre por actuación del psicólogo inducida por el paciente o sus padres. La contraidentificación proyectiva con alguno de ellos (paciente o padre) puede conducir a tales errores.

Capítulo II

La entrevista inicial

Caracterización. Objetivos. Dinámica de esta entrevista

María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

Caracterizamos la entrevista inicial como entrevista semidirigida. Una entrevista es semidirigida cuando el paciente tiene libertad para exponer sus problemas comenzando por donde prefiere e incluyendo lo que desee. Es decir, que permite que el campo psicológico configurado por el entrevistador y el paciente se estructure en función de vectores señalados por este último. Pero, a diferencia de la técnica de entrevista totalmente libre, el entrevistador interviene con el fin de: a) Señalar algunos vectores cuando el entrevistado no sabe cómo empezar o cómo continuar. Estas preguntas se hacen, por supuesto, de la manera más amplia posible. b) Señalar situaciones de bloqueo o paralización por incremento de la angustia para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la entrevista. c) Inquirir acerca de aspectos de la conducta del entrevistado a los que éste no se ha referido espontáneamente, acerca de "lagunas" en la información que el paciente ha suministrado y que se consideran de especial importancia, o acerca de contradicciones, ambigüedades y verbalizaciones "oscuras".

En términos generales recomendamos comenzar con una técnica directiva en el primer momento de la entrevista correspondiente a la presentación mutua y a la aclaración del encuadre por parte del psicólogo, y luego operar con la técnica de entrevista libre, para que el paciente tenga la oportunidad de expresar libremente el motivo de su consulta. Finalmente, en el último momento de esta primera entrevista debemos forzosamente adop-

/ tar una técnica directiva para poder "rellenar" nuestras "lagunas". Este orden recomendado opera como guía y cada psicólogo debe aprender cuál es en cada caso el momento oportuno en que debe permanecer en la actitud adoptada o cambiarla, para hablar o callar y escuchar.

Para recomendar esta técnica de entrevista semidirigida tuvimos en cuenta dos razones: la primera es que debemos conocer exhaustivamente al paciente y la segunda responde a la necesidad de extraer de la entrevista ciertos datos que nos permitan formular hipótesis, planificar la batería de tests e interpretar posteriormente con mayor precisión los datos de los tests y de la entrevista final. La correlación entre lo que el paciente (y sus padres) muestra en la primera entrevista, lo que aparece en los tests y lo que surge en la entrevista devolutiva, brinda un importante material diagnóstico y pronóstico.

Desde nuestro punto de vista la entrevista clínica es "una" técnica, no "la" técnica. Es insustituible en tanto cumple con ciertos objetivos del proceso psicodiagnóstico, pero los tests (y nos referimos especialmente a los tests proyectivos) presentan ciertas ventajas que los hacen irremplazables e imprescindibles. Mencionaremos entre ellas su estandarización, característica que otorga al diagnóstico un mayor margen de seguridad, la exploración de otros tipos de conducta que no se pueden investigar en la entrevista clínica (por ejemplo, la conducta gráfica) y que bien pueden constituir el reducto de los aspectos más patológicos del paciente ocultos tras una buena capacidad de verbalización.

En síntesis, los tests constituyen para nosotros instrumentos fundamentales. Ya hemos aclarado que nos referimos a los tests proyectivos. Estos presentan estímulos ambiguos pero definidos (láminas, preguntas, etc.). Operan con consignas que son verbalizaciones controladas y definidas que transmiten al paciente el tipo de conducta que esperamos de él en ese momento frente a ese estímulo. La mayoría de los tests incluye un interrogatorio. Hacer preguntas y recibir respuestas es una labor en la que colaboran ambos integrantes del proceso en una tarea igualmente común. También la entrevista se incluye en este contexto. Está encuadrada dentro de estas mismas pautas dado que no incluimos en nuestra técnica la interpretación. Cuando nos hallamos frente a una situación de bloqueo no nos limitamos a señalarla como único indicador útil para el diagnóstico, ya que restringirnos

a eso ocasiona consecuencias serias. Al empobrecimiento de nuestro diagnóstico se le suma la total ignorancia respecto de lo que tal bloqueo encubre. Necesitamos más información y la obtenemos efectuando señalamientos para movilizar al paciente durante la entrevista clínica y administrando tests apropiados. Si queremos marcar una diferencia entre la entrevista clínica y la dedicada a la administración de tests, diremos que la primera brinda una pantalla más ambigua, semejante a la lámina en blanco del T.A.T. o del Phillipson. De ahí que extraiga una muestra de conducta de tipo diferente de la que se recoge en la administración de tests. Los criterios generales que utilizamos para interpretar la entrevista inicial son coincidentes con los que aplicamos para los tests. Allí incluimos: el tipo de vínculo que el paciente establece con el psicólogo, la transferencia y contratransferencia, la clase de vínculo que establece con otros en sus relaciones interpersonales, las ansiedades predominantes, las conductas defensivas utilizadas habitualmente, los aspectos patológicos y adaptativos, el diagnóstico y el pronóstico.

Para poder satisfacer toda esta información debemos precisar cuáles son los objetivos de la entrevista inicial:

1º) Percibir al paciente tal como se nos aparece en el primer contacto con nosotros, ver si esta primera impresión se mantiene a lo largo de toda la entrevista o cambia y en qué sentido. Son aspectos importantes: su lenguaje corporal, su vestimenta, sus gestos, su manera peculiar de estar quieto o moverse, su semblante, etcétera.

2º) Atender a lo que verbaliza: qué, cómo y cuándo verbaliza y con qué ritmo. Cotejar esto con la imagen que trasmite a través de su manera de hablar cuando solicita la consulta (generalmente por teléfono). Apreciar las características de su lenguaje: la claridad o confusión con que se expresa, la preferencia por términos equívocos, imprecisos o ambiguos, la utilización del tono de voz que puede entorpecer la comunicación hasta el punto de no entenderse lo que dice aun cuando hable con un lenguaje preciso y adecuado. En cuanto al contenido de las verbalizaciones es importante tener en cuenta qué aspectos de su vida elige para comenzar a hablar, a cuáles se refiere preferentemente, cuáles provocan bloqueos, ansiedad, etc., es decir, todo lo que indica un desvío respecto del clima reinante con anterioridad. Lo que exprese como motivo manifiesto de consulta puede mantenerse,

anularse, ampliarse o restringirse durante el resto de esta primera entrevista o del proceso y constituye otro dato importante. Por otra parte el paciente incluye en su verbalización los tres tiempos de su vida: pasado, presente y futuro, datos que luego se cotejarán con su producción, por ejemplo, en el test de Phillipson. Es importante que ni el paciente ni el psicólogo intenten restringirse a uno o dos de esos momentos vitales. Esto es útil para apreciar la capacidad de *insight* del paciente respecto de unir su pasado con su presente y su porvenir. Promovido por el psicólogo (quien, por ejemplo, recurre persistentemente a preguntas tales como: ¿Qué ocurrió antes? ¿Le ocurrió algo similar cuando era chico? ¿A qué le gustaba jugar cuando era niño?) o traído espontáneamente por el paciente, la persistencia en la evocación del pasado puede convertirse en una fuga defensiva que evita tomar *insight* con lo que está ocurriendo en el "aquí y ahora conmigo". Otro tanto podemos diagnosticar si la fuga es hacia el futuro. La actitud que resulta más productiva es centrarse en el presente y desde allí tratar de integrar el pasado y el futuro del paciente. De este modo también podremos apreciar la plasticidad con que cuenta para entrar y salir de cada secuencia temporal sin angustiarse demasiado. Esto de por sí es un elemento indicador de buena capacidad de integración y como tal de buen pronóstico. De la secuencia temporal debemos extraer en la entrevista inicial ciertas hipótesis: cómo fue, es y será el paciente. Una vez que se cotejen con lo extraído de los tests y de la entrevista devolutiva, se ratificarán o no.

3º) Establecer el grado de coherencia o discrepancia entre todo lo verbalizado y todo lo que captamos a través de su lenguaje no verbal (vestidos, gestos, etc.). Lo que expresa no-verbalmente es algo real pero mucho menos controlado que las verbalizaciones. Tal cotejo puede informarnos acerca de la coherencia o discrepancia entre lo presentado como motivo manifiesto de consulta y lo que percibimos como motivo subyacente. Podríamos ejemplificar esto del siguiente modo: un paciente puede estar explicándonos que está preocupado por sus fracasos intelectuales y acompañar estos comentarios con gestos claramente amanerados. En un caso así nos vamos planteando desde la primera entrevista la discrepancia entre lo que el paciente piensa que le pasa y lo que pensamos nosotros. El diagnóstico se basará en el grado de coherencia o discrepancia entre los datos obtenidos en la primera

entrevista, en los tests y en la entrevista devolutiva. Es interesante comparar las características de las verbalizaciones del paciente en esas tres oportunidades, tan diversas.

4º) Planificar la batería de tests más adecuada en cuanto a: a) elementos a utilizar (cantidad y calidad de los tests elegidos); b) secuencia (orden de administración), y c) ritmo (número de entrevistas que calculamos nos insumirá la administración de los tests elegidos).

5º) Establecer un buen rapport con el paciente como para reducir al mínimo la posibilidad de bloqueos o paralizaciones y crear un clima preparatorio favorable para la administración de tests.

6º) A lo largo de toda la entrevista es importante captar lo que el paciente nos transfiere y lo que esto suscita en nosotros. Nos referimos aquí a los aspectos transferenciales y contratransferenciales del vínculo. Es asimismo importante poder detectar qué tipo de vínculo trata de establecer el paciente con el psicólogo: si trata de seducirlo, confundirlo, evitarlo, mantenerse a distancia, depender excesivamente de él, etc., porque esto indica de qué manera específica siente su contacto con él (como peligroso, invasor, maternal, etc.). Contratransferencialmente surgen en el psicólogo ciertos sentimientos y fantasías de importancia vital para la comprensión del caso, que permiten determinar el tipo de vínculo objetual que opera como modelo interno inconsciente en el paciente.

7º) En la entrevista inicial con los padres del paciente, es importante detectar también cuál es el vínculo que une a la pareja, el vínculo entre ellos como pareja y el hijo, el de cada uno de ellos con el hijo, el de éste con cada uno de ellos y como pareja, el de la pareja con el psicólogo. Otro vínculo es el que tratan de inducirlo a establecer con el hijo ausente y todavía desconocido (lo que nos dicen de él), lo cual puede facilitar o entorpecer la tarea posterior. Por eso puede resultar útil en algunos casos trabajar con la técnica de Meltzer, quien ve primero al hijo y después a los padres.

8º) Estimar la capacidad de los padres de elaboración de la situación diagnóstica actual y potencial. Es interesante apreciar si ambos, o uno, y cuál de ellos puede promover, colaborar o por lo menos aceptar las experiencias de cambio del hijo en caso de que comience una terapia. Es importante detectar la capacidad

de los padres para aceptarlas en la medida, calidad y momento en que se den, pues de ello depende muchas veces la iniciación y, especialmente, la continuidad de un tratamiento.

Ya que nos hemos referido a la entrevista con los padres queremos aclarar que la presencia de ambos es imprescindible. Consideramos al niño como emergente de un grupo familiar y podemos entenderlo mejor si vemos a la pareja parental. Entendemos que es más productivo romper el estereotipo según el cual se impone la entrevista con la madre solamente por el estrecho vínculo que se establece entre ella y el hijo. Esto es cierto y tiene plena vigencia en los primeros meses de vida del niño. Pero en la historia del hijo el padre a menudo desempeña un papel tan importante como el de la madre, aun cuando sea una figura prácticamente ausente de la vida familiar. El hijo ha introyectado algún tipo de imagen paterna que seguramente tendrá que ver con su sintomatología actual, y la problemática subyacente: de ahí la necesidad de su presencia. Pedir que ocurra y crear las condiciones para que así sea, es valorizarlo ubicándolo en el rol que corresponde. Resulta evidente que operamos con el concepto de que el hijo es el producto de una pareja (no de la madre solamente) y que ambos deben acudir a las entrevistas, a menos que se trate de alguna situación inusual (padre que viaja constantemente, enfermo, internado por largo tiempo, padres separados, etc.). Cuando se cita sólo a la madre pareciera que la destacamos del resto del grupo familiar, pero esto tiene su contrapartida: únicamente a ella la hacemos responsable de cómo es su hijo. No asegurarnos la presencia del padre equivale a pensar que él nada tiene que ver con ello. Por otra parte, si recomendamos la iniciación de una terapia, ambos deben recibir esa información, encarar esa responsabilidad y adoptar una resolución. Entendemos que informar de todo esto solamente a la madre significa transferirle lo que es responsabilidad del psicólogo. Dado que el padre no ha sido incluido en ningún momento previo del proceso que culmina con tal información (por ej. necesidad de terapia) no está preparado para recibirla y sin embargo puede ser el responsable de un elemento tan importante para su concreción como es su aceptación, el pago de los honorarios y la continuidad del tratamiento. Según el aspecto disociado y proyectado en el esposo, aspecto que ha quedado marginado en la entrevista por la ausencia de él, se enfrentará con mayores o menores dificultades. Puede ocurrir

que el aspecto disociado y depositado en el ausente sea el de una seria resistencia hacia el tratamiento. La madre se mostrará, por ejemplo, receptiva, colaboradora y complaciente, pero luego podrá racionalizar "Mi marido no quiere". De este modo en el marido actúa un aspecto de resistencia al cambio que parece caracterizar a ese grupo familiar sin que el psicólogo pueda tener oportunidad de trabajar con ese aspecto incluido en las entrevistas ni hacerles consciente la dinámica. Con respecto a la resistencia frente al manejo de la culpa decimos: entrevistar sólo a la madre facilita la admisión de toda la culpa por la enfermedad del hijo; la presencia de ambos permite compartirla y por lo tanto disminuirla. Por otra parte, si pensamos que la devolución de información procura ciertos beneficios psicológicos, ¿por qué otorgarlos exclusivamente a la madre y no a la pareja? En muchos casos ocurre que a raíz de una consulta por los hijos, los padres acaban reconociendo la propia necesidad de un tratamiento y se lo procuran.

Cambiamos ahora de perspectiva y ubiquémonos desde el punto de vista del psicólogo. Entendemos que la presencia del padre y la madre le resulta útil e indispensable por varias razones. La inclusión de ambos implica la observación *in situ* de cómo son, qué roles desempeñan cada uno de ellos respecto del otro, con el psicólogo, qué aporta cada uno, qué aspectos del hijo muestran respectivamente, cómo vivencian el psicodiagnóstico y la posibilidad de una psicoterapia. Muchas veces uno desempeña el rol de corrector de lo que dice el otro. Si la actitud de uno es de mucha desconfianza y envidia, el otro puede equilibrarla con signos de mayor agradecimiento y confianza. Si excluimos a uno de los miembros de la pareja de las entrevistas perdemos uno de esos dos aspectos del vínculo con el psicólogo. Como producto del interjuego de emergentes que se dan hay mayores posibilidades de detectar vicios y corregirlos. Por otra parte, la presencia de ambos evita el peligro de aceptar al ausente como "chivo emisario", es decir, como depositario de lo malo del vínculo, y al presente como representante de lo bueno y exitoso. No incluir al padre es tratarlo como tercero excluido y de este modo negar el complejo edípico que es uno de los núcleos básicos de la comprensión de cada caso. Esto fomenta celos y rivalidad en el excluido. Hay padres que no reaccionan protestando por su no inclusión, pero luego en una forma u otra atacan al psicodiagnóstico o la terapia (interrumpen, se niegan a pagar lo estipulado, interfieren constantemente, etc.). Acaba-

mos de referirnos a un aspecto del encuadre, el económico, que es otra razón por la que se debe incluir al padre. Él es quien generalmente paga los honorarios. Si atribuimos a este aspecto no sólo el significado monetario sino también reparatorio del vínculo con el psicólogo de quien se ha recibido algo (tiempo, dedicación, orientación, esclarecimiento, etc.), debemos incluir al padre para que asuma la responsabilidad económica y para que tenga la oportunidad de sentirse como reparador del hijo y del psicólogo y no como quien debe asumir una mera obligación comercial. Si el psicólogo insiste en considerar prescindible la presencia del padre, implícita o explícitamente lo está excluyendo, con lo cual muestra un aspecto propio regresivo porque evita la situación de quedar él transformado en tercero excluido frente a una pareja unida "en contra de" el psicólogo-hijo. La visualización de una pareja muy unida, sea ésta una alianza sana o patológica, puede movilizar envidia y deseos de destruirla. La insistencia en ver solamente a la madre o a ambos padres, pero por separado, es una táctica evitativa que puede encubrir estos sentimientos. En ese caso el psicólogo, a través de sus aspectos infantiles, no tolera funcionar como tercero excluido con la fantasía de ser espectador obligado de la escena primaria envidiada. Si en el curso de la entrevista comienzan las discusiones y los reproches, el psicólogo enfrenta una escena primaria sádica, lo cual reactiva en él la fantasía de haber logrado romper la pareja. En casos tales puede ocurrir que uno de los padres o los dos alternativamente lo busque como aliado para transformar al otro en tercero excluido. Si el psicólogo no está alertado, puede establecer distintos tipos de alianzas peligrosas para el hijo, para los padres y para él mismo. Esto es válido para padres de niños y de adolescentes.

Queremos detenernos en otro tema que puede ofrecer dudas respecto de su manejo técnico: el caso de hijos de padres separados. El psicólogo debe aceptar los hechos consumados por la pareja. Si esa pareja ya no existe como tal, sus intentos de volver a unirlos, además de infructuosos, podrían resultar una interferencia seria en su trabajo. Podemos decir que se ha contraidentificado proyectivamente con el hijo en sus aspectos negadores de la realidad (la separación) y que por la culpa de haber logrado concretar sus fantasías edípicas y el dolor ante esa pérdida real, trata de juntarlos sea mediante intentos directamente actuados por él o transferidos a otros (en este caso el psicólogo). Si desean

venir juntos a las entrevistas tendremos un caso en el que la técnica no diferirá de lo antes acotado. Si en cambio desean venir separadamente, hay que respetarlos. También puede ocurrir que deseen venir por separado y con sus respectivas parejas nuevas. En este caso la realidad se muestra mediante esas dos parejas actuales que representan (cada padre del niño) dos aspectos irreversiblemente disociados. También debemos advertir al psicólogo respecto de sus impulsos contrarios a los de unir la pareja. Nos referimos a casos en los que contratransferencialmente siente que esa pareja no le cae bien, que "esa mujer no es para ese hombre" o viceversa. Si actúa lo que ellos le han transferido, tratará de lograr una separación pidiendo explícitamente que vayan por separado, o manejando la dinámica de la entrevista de manera tal que se vayan acentuando los puntos de divergencia entre la pareja en lugar de efectuar un balance justo de los aspectos divergentes y convergentes que realmente se dan.

Otro tema a considerar que merecería un desarrollo mucho más amplio del que podemos realizar aquí es el de los hijos adoptivos. Según nuestra experiencia son las madres las que generalmente están dispuestas a pedir la consulta e iniciar el proceso, transmitiendo la sensación de que todo debe trascender lo menos posible. El psicólogo debe tratar de que concurren ambos padres por las razones ya expuestas y, además, porque necesita investigar elementos esenciales tales como las fantasías de cada uno con respecto a la adopción (no sentirse inferior a otros por no tener hijos, no estar solo ahora o el día de mañana, tener a quien dejar una herencia, etc., pueden aparecer como motivos manifiestos de la adopción además de las motivaciones inconscientes que también se deben investigar). Otros datos a tener en cuenta son: cómo sienten actualmente la situación de padres adoptivos, si están conformes con la decisión tomada, si han podido comunicársela al hijo y a otros. Cuando la adopción no ha sido esclarecida, sin desvalorizar lo que traigan como motivo de consulta, centramos en el hecho de la adopción el motivo real y subyacente de la misma. Todos los demás motivos que aparezcan, sean éstos de mayor o menor gravedad, dependen para su resolución de la elaboración previa por parte de los padres de su condición de padres de hijos adoptivos. Por ello recomendamos que en el momento en que surja la información de que el hijo es adoptivo, el psicólogo se dedique a elaborar este punto de urgencia con los padres.

Deberá esclarecerlos acerca de que el hijo debe saber la verdad porque tiene derecho a ello, que decírselo no constituye como ellos creen un daño sino por lo contrario un bien que el propio niño puede estar reclamando inconscientemente a través de otros conflictos (robos, enuresis, problemas de aprendizaje, problemas de conducta, etc.). Pensamos que la situación de hijo adoptivo constituye un fenómeno que es fuente de posibles conflictos, que puede llegar a ser en sí misma un conflicto según como los padres manejen esta situación y la elaboren. En general resulta indispensable tener algunas entrevistas del tipo operativo en las que se vea lo mejor posible lo que ocurre en los padres que no se animan a decir la verdad o que se oponen terminantemente a esa idea. A menudo piensan que el psicólogo quiere destruir las fantasías que han alimentado durante años, quitarles el hijo, en suma, castigarlos. Pero todo esto está relacionado directamente con las fantasías previas, concomitantes y posteriores a la adopción. El hecho de ser hijo adoptivo o no hace tan esencialmente a la identidad que pensamos que la resolución de todos los conflictos en torno de esa situación tienen primacía respecto de otros. Por eso continuar el proceso psicodiagnóstico centrado en el motivo traído por los padres constituye algo así como caer en una trampa. Sea cual fuere el camino de abordaje del caso nos encontraremos en el fondo con el problema centrado en la propia identidad. Si los padres, a pesar de la intervención terapéutica, aún se resisten a esclarecer al niño (ellos deben asumir esa responsabilidad), debemos advertirlos respecto de las dificultades que surgirán en el trabajo psicodiagnóstico con el niño, no tanto durante la administración de los tests sino en la entrevista de devolución. En ese momento deberemos dar nuestra opinión veraz respecto de lo que le ocurre. Si previamente hemos aceptado el límite impuesto por los padres en el sentido de no incluir la verdad (adopción), deberemos soslayar u omitir por completo una temática que sin duda debe haber aparecido en el material y que, si el yo del niño es lo suficientemente fuerte, deberíamos incluir en la devolución. Si aceptamos la limitación impuesta por los padres establecemos con ellos una alianza basada en el engaño y la impostura, engañamos y decepcionamos al hijo y hasta podemos transmitirle la sensación de que es un enfermo que desconfía de todos, ocultándole que inconscientemente él ha percibido algo real y objetivo (su adopción) y el conflicto surge a causa de esa realidad. Entrar

en el juego de los padres significa, también, procurarles unseudalivio, ya que han percibido ciertos síntomas del hijo y han consultado. En apariencia, ellos cumplieron con su deber y nosotros con el nuestro. Pero el hijo resulta doblemente engañado, por lo cual no sería raro que su sintomatología se agravara.

Es interesante registrar en qué momento los padres comunican esa información, si surge espontáneamente, si la dejan entrever de alguna manera (lagunas mnémicas cuando se les pregunta respecto del embarazo y parto, expresión muy culposa acompañada de verbalizaciones incompletas pero que permiten sospecharla o si la ocultan hasta último momento y surge sólo en la entrevista devolutiva. En este caso puede ocurrir que lo digan en un momento de *insight* a raíz de algo que el psicólogo les está explicando. Entonces podemos tomarlo como un dato de buen pronóstico porque implica una mayor apertura respecto de la actitud inicial. Han estado ocultando la verdad al psicólogo hasta el momento en que lo han sentido como un buen continente con quien se puede compartir la verdad. Es la expresión de un impulso reparador.

En otros casos los padres esperan que el psicólogo haga una pregunta directa al respecto. Ésta puede surgir a propósito de una cierta percepción inconsciente del psicólogo o de datos claramente expresados por el hijo en el material que ha brindado. Recordamos por ejemplo el caso en el que una niña había dibujado una casa y dos árboles a cada lado. Como aparecían otros elementos recurrentes en cuanto a la alusión de tener dos parejas de padres y una familia muy grande se les formuló a los padres una pregunta directa y éstos respondieron que, en efecto, era hija adoptiva. En situaciones como ésta, en la que los padres callan la verdad hasta el final, no podemos dejar de incluirla en forma directa.

9º) Otro objetivo importante que debe investigarse en la primera entrevista es el *motivo de consulta*. Retomamos aquí los conceptos expresados en otro trabajo nuestro.¹

En el motivo de consulta cabe discriminar entre *motivo manifiesto* y *latente*. El motivo manifiesto es el síntoma que preocupa

¹ Ocampo, M. L. S. de, y García Arzeno, M. E., "El motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico", comunicación presentada al Primer Congreso Argentino de Psicopatología Infanto-Juvenil, Bs. As., 1969.

al que solicita la consulta hasta el punto de operar en él como señal de alarma. Es decir que algo le ha preocupado, reconoce que no puede arreglarlo solo y decide solicitar ayuda. En algunos casos el receptor de la señal de alarma es un tercero (pariente, amigo, pediatra, etc.), que es quien solicita la consulta o moviliza al paciente a hacerlo. Este dato de por sí nos indica un menor grado de *insight* con la propia enfermedad. En la mayoría de los casos el motivo manifiesto es, dentro de una gama más o menos extensa de síntomas que aquejan al paciente, o a quienes conviven con él, lo menos ansiógeno, lo más inocuo, lo más fácil y conveniente de decir al psicólogo, a quien por lo general acaban de conocer. Este, por su parte, mientras escucha y piensa acerca del caso, puede elaborar ciertas hipótesis respecto del verdadero motivo que trae al paciente (o a sus padres) a la consulta. Por lo general el motivo es otro, más serio y más relevante que el invocado en primer término. Lo denominamos motivo latente, subyacente o profundo de la consulta.

Otro elemento diagnóstico y pronóstico importante es el momento en que el paciente toma conciencia (si puede) de ese motivo más profundo. Si lo hace durante el proceso psicodiagnóstico, es de mejor pronóstico que si no aparece. En la entrevista devolutiva habrá que dilucidar si es posible incluir esa información o no. Si se la incluye, la reacción del paciente será otro elemento importante: si recibe la información y la acepta como posible es de mejor pronóstico. Si la negativa a reconocerlo como propio es total, cabe pensar que las resistencias son muy fuertes y por lo tanto el pronóstico no es muy favorable.

Esta discrepancia surge como consecuencia de un proceso de disociación intrapsíquica que se ha dado en el paciente. Es importante que lo disociado intrapsíquicamente en el paciente no quede también disociado en el psicólogo, en el material recogido y en el informe final. Como veremos más adelante ésta es una de las razones por las cuales nos parece imprescindible la devolución de información: es la oportunidad que se le da al paciente para que integre lo que aparece disociado entre lo manifiesto y lo latente. En ciertos grupos familiares el grado de disociación es tal que el miembro que traen a la consulta es el menos enfermo, quedando así oculto el verdadero foco del problema, a menos que el psicólogo pueda detectar y esclarecer esta situación. Por eso es importante saber si el síntoma aludido resulta egosintónico o

egodistónico para el paciente y su grupo familiar. Saber primero si el paciente traído a la consulta (o el que ha venido por su cuenta) siente que sufre por el síntoma o no le preocupa ni apena. En el caso de que no sufra no hay que investigar si es por efecto de su especial patología (proyección del conflicto y de los sentimientos dolorosos en otro miembro del grupo que se hace cargo de ellos) o si lo que sucede es que él se ha convertido en el depositario de los conflictos de otro u otros miembros del grupo familiar que no han venido a consultar o que han venido en calidad de padre, madre, cónyuge, etc. El grado de disociación, el aspecto más enfermo del paciente (o de su grupo familiar), influirá en el tiempo y monto de energías que insuma el proceso de integrarlo conscientemente. La disociación es más acentuada y más resistente a la mejoría cuanto más intensos son los sentimientos de culpa, ansiedad, represión, etc., que tal conflicto moviliza en el paciente y que funcionan como responsables de esa disociación.

Una actitud recomendable para el psicólogo es la de escuchar al paciente pero no quedarse ingenuamente con la versión que él le trasmite. El paciente cuenta su historia como puede. Centra el punto de urgencia de sus problemas donde le parece menos ansioso. Esta actitud ingenua y, en el fondo, prejuiciosa, ha impedido muchas veces al psicólogo escuchar y pensar con libertad. Frente a un dato que "no encaja" con el esquema inicial del caso, ha experimentado muchas veces estupor ante la aparente incongruencia. Por ejemplo: si la historia del caso es muy siniestra, se esforzará por hallar toda suerte de trastornos dando por seguro que ha quedado una grave secuela. Le parecerá imposible diagnosticar que ese niño presenta un grado de salud mental aceptable pese a todos los males padecidos. También puede ocurrir lo contrario, es decir que frente a un caso presentado como un simple problema de aprendizaje se limita a investigar la dificultad pedagógica descartando la existencia de otros conflictos que pueden ser más serios. Tomemos como ejemplo el caso de un joven que fue traído a la consulta porque no podía estudiar solo, pero en la entrevista inicial surgió la siguiente información: le gustaba pascarse desnudo y acostarse con la madre cada vez que se le ocurría. Si el psicólogo no centra en estos últimos datos el punto de mayor gravedad y urgencia del caso y se restringe al primer problema, cae en la misma actitud negadora de los padres y reduce al mínimo las posibilidades de una ayuda efectiva al paciente. A veces son los padres

o el paciente quienes disocian y niegan importancia a lo más grave. El propio psicólogo, influido por la primera aproximación del paciente o sus padres hacia él, se cierra a toda otra información que no coincida con la del comienzo de la entrevista y minimiza o niega francamente la relevancia de datos que van surgiendo a medida que el proceso avanza. El momento y la manera como emerjan los aspectos más enfermos forman parte de la dinámica del caso y se deben tener muy en cuenta.

Analizaremos a continuación otro aspecto de lo relacionado con el motivo de la consulta. Se trata de investigar si el paciente funciona como tercero excluido o incluido respecto del motivo de la iniciación del proceso psicodiagnóstico. Suele suceder que los padres de un niño o un adolescente no aclaran al paciente por qué lo llevan a ver al psicólogo. En ese caso se trata al paciente como tercero excluido. Si le aclaran el motivo, funciona como tercero incluido, pero es preciso reparar en el punto hasta el cual los padres (o quienes intervengan como derivantes) lo hacen partícipe de esa información. En algunos casos le comunican un motivo real pero no aquel que más les preocupa. Para que hayan tomado esta determinación deben existir ciertas fantasías respecto de lo que ocurriría si le dijese toda la verdad. Diríamos entonces que esos padres han transmitido al hijo el motivo manifiesto pero han callado el motivo profundo. En otros casos, ante la recomendación del psicólogo de aclarar al paciente el motivo real de su presencia en el consultorio, aceptan y lo hacen, pero no siempre logran atenerse a la verdad. Surgen entonces distorsiones, negaciones, etc., que en realidad confunden al paciente y lo conflictúan aún más que el conocimiento de la verdad. Ejemplificaremos esto con un caso. Se trata de un niño de 7 años, con un hermano mellizo, un hermano mayor de 9 años y una hermanita de 3 años. Desde el primer momento los padres expresaron que consultaban porque a ese hijo le gustaba disfrazarse de española, bailar, rechazaba los deportes de varones como el fútbol, comía menos que el hermano mellizo y era muy apegado a la madre. Sin embargo se resistieron a decirle la verdad y le expresaron que lo traían porque comía poco. La fantasía que actuaba como inhibidora del motivo real de la consulta procedía en especial del padre y consistía en que decirle la verdad "podía crearle un trauma". Analizaremos a partir de este ejemplo las consecuencias que sobrevienen si el psicólogo no modifica esto y sigue adelante el proceso sin rectificaciones.

En primer lugar el proceso se inicia con un encuadre en el que se ha desplazado el verdadero punto de urgencia. En el ejemplo deberíamos centrarnos en la investigación de un caso de perturbación de la identidad sexual infantil, pero el acento ha recaído en la oralidad del paciente.

En segundo lugar, se complica la tarea de estudio del material recogido en la hora de juego y en los tests. El paciente controla mejor el motivo aducido por quienes lo han traído pero inconscientemente percibe la incongruencia o el engaño y lo transmite o proyecta en el material que nos comunica. En ese niño enfermo surgieron sentimientos de sorpresa dado que su negativa a comer preocupaba más a los padres que todos sus amaneramientos y demás rasgos homosexuales que provocaban reacciones negativas en todos, especialmente en el padre. También esta actitud de los padres movilizó sentimientos de estafa y hasta de complicidad. Si el psicólogo acepta todo esto, entra en ese peligroso juego en el cual hace como que está investigando una cosa, pero solapadamente explora otra socialmente rechazada y sancionada. Cuando trabaja, por ejemplo, con el material de tests encontrará que por una parte debe estudiar cómo aparece el motivo aducido por los padres (oralidad), porque de ello deberá hablar el niño y a los padres en la entrevista final. Por otra parte deberá investigar lo que realmente preocupa a los padres y también al niño. Esta situación introduce nuevas variables, torna confuso el panorama y produce una sensación de estar trabajando "a dos puntas". Si los padres aceptan y reconocen el motivo real de consulta y lo transmiten fielmente al psicólogo y al hijo, el panorama que se abre frente al psicólogo es más coherente.

En tercer lugar, se crean dificultades muy serias cuando el psicólogo debe dar su opinión profesional en la entrevista devolutiva. En este momento puede optar por callar, entrando así en complicidad con los padres, y, en última instancia, con la patología; puede mantener una actitud ambigua, sin callar del todo ni hablar claro, o decir la verdad en la medida en que la fortaleza voca de los padres y del paciente lo permitan.

En cuarto lugar, el destino de la posible terapia futura, en caso de resultar necesaria, es muy diferente según se haya dado ese clima de ocultamiento y distorsiones o de franqueza dosificada durante el proceso psicodiagnóstico. Indudablemente ese clima puede haber creado una relación transferencial peculiar con el psicólogo que ha realizado la tarea. En la medida en que este vínculo

esté viciado predispone al paciente a operar con la fantasía de que con el futuro terapeuta se repetirá la misma experiencia. En muchos de los casos en que el paciente se pierde en el pasaje del psicodiagnóstico a la terapia, éste ha sido uno de los factores decisivos.

Por todas estas razones recomendamos muy especialmente detectar la coincidencia o discrepancia entre el motivo manifiesto y el motivo latente de la consulta, el grado de aceptación de los padres y el paciente de lo que resulte ser el punto de mayor urgencia, y la posibilidad del paciente y sus padres de lograr un *insight*. Indudablemente esta dinámica surge porque el motivo de consulta es el elemento generador de la ansiedad que emerge en la primera entrevista (o más adelante). En otro trabajo nos hemos referido a la importancia de la instrumentación de esta ansiedad dentro del proceso.²

En general, lo que los padres (o el mismo paciente) disocian, postergan o evitan transmitir al psicólogo es lo más ansiógeno. En otros casos verbalizan lo que debería ser muy ansiógeno para ellos pero no asumen la ansiedad como propia sino que la transfieren al psicólogo. Así, por ejemplo, sucede cuando los padres se muestran preocupados porque el niño es enurético, pero a pesar de incluir el hecho de que también se muestra pasivo, que busca el aislamiento, que no habla y prefiere jugar solo, no dan señales de que esto constituya una preocupación para ellos. En estos casos tratan de que algún profesional les ratifique sus fantasías de enfermedad heredada o constitucional o por lo menos la base orgánica del conflicto psicológico. Estas teorías operan por una parte como reductoras de la ansiedad en la medida en que desligan a los padres de su responsabilidad en el proceso patológico, pero, por la otra, la incrementan porque suponen un mayor grado de irreversibilidad del síntoma.

Algunos padres relatan con mucha ansiedad un síntoma que parece poco relevante al psicólogo. En esos casos puede pensarse que la carga de ansiedad ha sido desplazada a un síntoma leve pero proveniente de otro más serio del cual los padres no han tomado

² Ocampo, M. L. S. de, y García Arzeno, M. E., "El manejo de la ansiedad en el motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico en niños", trabajo presentado al Primer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil, Punta del Este, R. O. del Uruguay, noviembre de 1969.

conciencia o no se atreven a encararlo, y cuya trascendencia se expresa a través del monto de ansiedad desplazada al síntoma que sí llegan a verbalizar.

Relataremos un caso para mostrar esto más detalladamente. Jorge es un niño de 9 años, a quien su madre lleva al Hospital de Clínicas porque en la escuela tiene ciertas dificultades: confunde la "M" y la "N", la "S" y la "C", la "V" y la "B". Ningún otro dato apareció como motivo de consulta durante la admisión ni al realizar la primera entrevista a la madre. Antes de proseguir con la supervisión del material de tests de la madre y del niño, nos detuvimos a plantearnos algunos interrogantes: ¿Es ésta la manera como una madre comúnmente encara un problema de aprendizaje tan sencillo como éste? ¿Por qué no recurrió a una maestra particular? ¿Qué habrá detrás de esta dificultad escolar que justifique la movilización de la madre y el niño para aceptar el proceso psicodiagnóstico generalmente desconocido y por lo tanto ansiógeno?

Como respuesta cabe plantearse la existencia de algún otro problema tanto más serio cuanto más minimizado fue el motivo de la consulta y más rotundamente negado para mantener a raya la intensa ansiedad persecutoria que movilizaría su emergencia. Continuando con la supervisión del caso, nos encontramos con que el niño había padecido una craneoestenosis por la cual fue operado a los seis meses y estuvo hospitalizado durante un año y medio. A los seis años se le practicó una amigdalectomía. En ninguna de las dos oportunidades se le explicó nada antes, durante ni después de las intervenciones. A esto se sumaba la intensa ansiedad de la madre por fantasías de muerte durante el embarazo y parto de este hijo y la muerte real de varios familiares. Madre e hijo compartían la fantasía de que había sido parcialmente vaciado en la primera operación, que había quedado transformado en un microcéfalo (esto se ve con claridad en los gráficos de la madre y del hijo) y de ahí que fuera torpe, incapaz, impotente. Desde esta perspectiva pudimos comprender el síntoma traído a la consulta como expresión del alto nivel de exigencia y el mínimo margen de error permitido por la madre al hijo (se trata de errores de ortografía bastante corrientes) frente a su constante temor a la realización de tales fantasías de castración en todos los niveles, al mismo tiempo que como una permanente necesidad de reaseguramiento de que la cabeza le funcionaba bien. Indirectamente nos pedía que revisáramos la cabeza del hijo y la suya y despejáramos sus incógnitas.

Esta táctica obedeció, pues, desde el punto de vista de lo más enfermo, a un ocultamiento de lo más patológico por miedo a entrar en pánico. Desde el punto de vista adaptativo, en cambio, respondió a una necesidad sentida pero no concienzializada por la madre y el niño, de que se los sometiera a un trabajo de asepsia mental que en su oportunidad no se hizo y que estaba interfiriendo el sano desarrollo de ambos.

La acomodación del paciente y/o sus padres al síntoma hace que el nivel de ansiedad (cualquiera que sea su naturaleza) descienda y quede facilitada su depositación masiva en el psicólogo, quien deberá discriminarla y reintegrarla con mayores dificultades en la entrevista devolutiva. Por lo contrario, una conducta cuyos elementos latentes alarman al yo del paciente y, fundamentalmente, a sus padres, podría movilizar otro tipo de ansiedad y culpa, lo que a su vez condicionaría otro tipo de manejo técnico desde el comienzo del proceso y una más fácil devolución de información.

Los primeros signos de ansiedad aparecen usualmente en la primera entrevista cuando los padres comienzan a relatar la historia del hijo. Si el psicólogo no adopta una actitud ingenua, no esperará registrar una historia ordenada y completa. Los padres transmiten la historia que quieren y pueden dar. Por su parte el psicólogo entiende la historia que puede entender. En la primera entrevista es importante registrar qué dice cada uno de los padres, cómo y cuándo lo dicen, qué recuerdan y cómo lo hacen, qué es lo que olvidan, de manera de poder reconstruir posteriormente con la mayor fidelidad posible el diálogo y los elementos no verbales que se dieron. Las amnesias son siempre muy significativas porque suponen un alto monto de ansiedad que ha determinado una inhibición en el proceso mnémico. Un índice favorable de la buena comunicación entre los padres y el psicólogo es el descenso de ese montante de ansiedad, la supresión de la inhibición y la aparición del dato olvidado.

Es útil averiguar, desde el principio, qué fantasías, qué concepción de la vida, la salud y la enfermedad tienen los padres y/o el paciente; el conocimiento de esos esquemas referenciales permiten comprender mejor el caso y evitar la emergencia de ansiedades confusionales o persecutorias. Conociendo estos esquemas podremos, por ejemplo, entender mejor por qué esos padres han pensado que el hijo está enfermo, cómo debería estar para que ellos consideren que está curado y qué debería hacer el terapeuta para lo-

grarlo. Muchas veces estos datos permiten prever interrupciones del tratamiento (confusión por parte de los padres entre una "fuga" a la salud o un estado maniaco y la verdadera salud mental, o creer que un acceso de furia es indicador de mayor enfermedad que el acceso de asma anterior al tratamiento).

Al mismo tiempo aclarar estos puntos permite al psicólogo establecer si los propios padres necesitarán asistencia psicológica o no, y en caso de necesitarla, cuál es la técnica más apropiada (terapia profunda individual de uno de los dos, terapia de pareja, grupo de padres, terapia familiar, etcétera).

Otro elemento digno de tener en cuenta cuando se trabaja con la técnica de entrevista libre, es la secuencia de aspectos del hijo que los padres van mostrando o los aspectos de sí que va mostrando el paciente adulto. Cuando se trata de padres que vienen por su hijo (niño o adolescente) podemos registrar distintas alternativas: uno muestra los aspectos sanos del hijo y el otro los más enfermos y esto se mantiene a lo largo de la primera entrevista y de todo el proceso. Los roles se intercambian y cuando uno de los dos muestra algo sano el otro muestra un aspecto enfermo. Ambos muestran lo mismo, sólo lo sano o sólo lo enfermo. También es posible que el acento vaya pasando a lo largo de la entrevista de lo más sano a lo más enfermo o viceversa. Como en este sentido el psicólogo otorga a los padres la más amplia libertad, tiene derecho a conceder significatividad a tal secuencia.

Consideremos en primer lugar el caso de padres que comienzan por los aspectos más sanos y gratificantes del hijo, incluyendo paulatinamente lo más enfermo. Si ésta es la secuencia elegida, pensamos que se trata de padres que se preparan y preparan al psicólogo para recibir gradualmente lo más ansiógeno. Además puede decirse que adoptan una actitud más protectora y menos devastadora hacia el hijo externo y hacia sus propios aspectos infantiles. Esto conduce a diagnosticar la posibilidad de una buena elaboración depresiva de la ansiedad, con lo que también puede preverse una positiva colaboración con el psicólogo durante el proceso psicodiagnóstico y con el terapeuta si el niño necesitase tratamiento.

Puede ocurrir que los padres muestren exclusivamente lo positivo del hijo hasta el punto de que el psicólogo se pregunte la razón de la consulta y deba preguntarla a los padres mismos. Algunos necesitan que el psicólogo les muestre que da por sentado que

algo anda mal, que hay que encarar lo que falla y que esta actitud no supone invalidar lo que funciona bien. Lo más difícil para el psicólogo frente a casos como éstos es lograr que los padres consideren los aspectos más enfermos del hijo como algo que hay que mostrar y que deben integrar junto a lo positivo, sobre todo en la última entrevista. Como es evidente, estos padres necesitan idealizar al hijo, negar maníacamente lo enfermo porque lo sienten como muy ansiógeno, y porque, en el caso de admitirlo, deberían cargar con una excesiva dosis de culpa persecutoria. Justamente es esa probabilidad de caer alternativamente en ambos estados de ánimo lo que hace difícil el contacto con los padres y el logro de uno de los principales objetivos del psicodiagnóstico: mostrarles la imagen del hijo más completa posible.

En otros casos la secuencia elegida es la inversa: aparece primero lo más enfermo y luego ocasionalmente incluyen lo adaptativo. Consideramos esto, en términos generales, como un indicador del deseo de depositar en forma rápida y masiva en el psicólogo lo más ansiógeno para proseguir la entrevista con mayor tranquilidad y soltura. En muchos casos este recurso evacuativo sirve a los padres para estimar el grado de fortaleza del psicólogo como continente de la enfermedad del hijo. Es algo así como un desafío al yo del psicólogo, quien desde el comienzo se ve acribillado por relatos muy angustiosos. En esta dinámica podemos prever dificultades en la entrevista devolutiva ya que estos padres difícilmente podrán tolerar el *insight* de los aspectos más enfermos del hijo.

Así como nos referíamos antes al caso de padres que idealizan al hijo, nos encontramos también con el caso opuesto, el de aquellos que no logran rescatar nada positivo y lo tratan como el cajón de residuos que les sirva para no asumir sus propios aspectos enfermos y la culpa por la enfermedad del hijo. En estos casos también resulta dificultosa la devolución de información por cuanto los padres no toleran la inclusión de aspectos sanos y adaptativos del hijo a causa de la culpa que les suscitaría. La culpa y la ansiedad concomitantes serían de tipo depresivo, sentimientos que estos padres no soportan. Es muy frustrante trabajar con padres así en psicodiagnóstico o en psicoterapia, puesto que si ellos no reciben la asistencia terapéutica para que se opere un cambio positivo, se resistirán siempre a admitir la mejoría y los progresos del hijo.

El psicólogo espera que ambos padres indistintamente apor-

ten asociando libremente aspectos positivos y negativos, que conformen una imagen del hijo que a medida que la entrevista transcurre se va completando. Esta expectativa no siempre se cumple. Se da el caso de los padres con roles francamente contrarios (no complementarios, que son los que más se ajustan a la normalidad). Uno de los padres asume el rol de abogado defensor y otro el de acusador del hijo. Uno aporta algo positivo e inmediatamente el otro asocia algo negativo que invalida la aportación anterior. Pongamos por ejemplo que la madre dice: "Es muy ordenado" y el padre agrega: "Sí, pero ayer dejó todo tirado, su cuarto estaba revuelto". En algunos casos cada uno de estos dos roles es fijo y lo desempeña uno de los padres a lo largo de toda la primera entrevista e incluso de todo el proceso. En otros casos lo que vemos es que son roles intercambiables y lo que esos padres necesitan no es la función que determinado rol les confiere sino la existencia de ambos roles cualquiera que sea el que les toque desempeñar. No toleran estar de acuerdo, no soportan que el hijo sea alguien que coherentemente muestra lo mismo a todos, no pueden ponerse de acuerdo en lo que ven y a veces lo que ven no tiene mucho valor para ellos, enfrascados en una permanente lucha indirecta o directa. En la entrevista, el psicólogo se siente como el hijo de la pareja, como espectador obligado de peleas continuas y con dificultades para entender los mensajes porque son permanentemente contradictorios. Estos padres llegan a la entrevista final con la fantasía de que por fin se sabrá quién de los dos tenía razón. Cuando perciben que el psicólogo no toma partido por ninguno, sino que comprende a los dos, suelen aliviarse o enojarse según el caso. El alivio surge cuando logran hacer *insight* del tipo de pareja que forman, cuando no se sienten recriminados por ello, cuando comprenden que entenderse les permite entender mejor al hijo. Es indudable que en estos padres hay una reserva de sentimientos depresivos que se pone en marcha cuando el psicólogo les muestra los efectos del tipo de vínculo que han establecido entre sí y con el hijo. El enojo, manifiesto o encubierto, surge cuando lo que el psicólogo dice lo sienten como un reproche o castigo por las peleas continuas. El castigo consiste en sentirse tratado como tercero excluido que recibe las admoniciones de la pareja parental representada entonces por el psicólogo aliado con el otro. Por esta razón es tan importante abstenerse de entrar en la actitud de tomar partido o de desautorizar francamente a uno de los padres del

paciente. Lo más salúdable es mostrar en qué está acertado cada uno y qué efectos producen en el hijo los errores de cada uno. No es, pues, recomendable entrar en el juego de tres, que inconscientemente proponen al psicólogo, sino mostrarles que ellos constituyen una pareja y el tercero es el hijo en quien debe recaer el acento de cuanto se hable.

Otra dificultad que puede presentarse ya desde la primera entrevista deriva de la similitud entre la patología del hijo y la de uno de sus padres. Una reacción defensiva común en el padre aludido puede ser la de restar importancia a dicha patología reforzando esto con racionalizaciones del tipo de: "De chico yo era igual y estoy bien." Los datos que apuntan a esa patología no aparecen como motivo manifiesto o no se les da primacía. Es el psicólogo el que debe captarlos y preguntar más exhaustivamente al respecto y unir los datos del hijo con el material verbal y preverbal del padre, la madre o ambos (gestos de contrariedad, nerviosismo, deseos de irse, verborragia invasora o parquedad extrema y todo tipo de intentos de convencer al psicólogo de que es mejor no preguntar más al respecto). Es muy importante entonces que el psicólogo no se someta a tales imposiciones para poder recabar todo el material necesario sin aliarse con la patología del grupo familiar, cargando con todas las consecuencias que este rol trae apareado.

Las dificultades señaladas, y muchas otras que no se pueden agotar en este capítulo, surgen de las características psicodinámicas del paciente o del grupo familiar que nos consulta y las del propio psicólogo. Este debe ocuparse desde el primer momento de discriminar identidades dentro del grupo familiar que lo consulta. Es muy importante que establezca cuáles y de qué tipo e intensidad son las identificaciones proyectivas que hace cada padre con el hijo y éste con ellos. En cada caso debe estudiar las probabilidades que tiene de establecer una alianza terapéutica sana entre sus aspectos más serios, reparadores y maduros y los de los padres. Si la alianza se establece, en cambio, entre sus aspectos más infantiles y los de los padres, son pocas sus probabilidades de hacer un buen diagnóstico y prever con corrección el pronóstico del caso así como también planificar una terapia adecuada al mismo. Cuanto menos experiencia tenga y menos elaborados estén sus conflictos personales, más expuesto se halla el psicólogo a dejarse llevar por el mecanismo de contraidentificación proyectiva.

Esta puede darse con uno de los padres, con ambos como pareja o con el hijo. Se disminuye notablemente la comprensión del caso y las posibilidades reparatorias de la devolución.

En todo esto la ansiedad desempeña un papel importante, así como también el grado de madurez alcanzado por los aspectos infantiles del psicólogo y de los padres del paciente. Si el psicólogo mantiene un sometimiento infantil respecto de sus padres internos, poca libertad de pensamiento y acción puede permitirse frente a la pareja que lo consulta. Propenderá a creer lo que le digan, a aceptar el encuadre que ellos fijen, le resultará difícil o imposible ponerles un límite si es necesario, etc. Esto significa confundirse y no poner la distancia suficiente como para meditar en forma adecuada sobre el caso. También en el psicólogo surge la ansiedad y no siempre puede instrumentarla en su beneficio. La ansiedad funciona en él como una señal de alarma ante un emergente en determinado momento de la entrevista. Si entonces puede instrumentalizarla, logrará un mejor *insight*. Si, por lo contrario, el yo observador del psicólogo se deja invadir por la ansiedad, pierde capacidad de discriminación, se confunde, se deja manejar, incurre en actuaciones, etc. Fracasa su capacidad de penetración en el otro o toma un camino que nada tiene que ver con el punto de urgencia que determinó la aparición de la alarma. La ansiedad puede favorecer o inhibir las posibilidades del psicólogo de preguntar, escuchar, retener, elaborar hipótesis, integrar datos y efectuar una buena síntesis y posterior devolución. Por eso creemos oportuno destacar la importancia de la calidad del mundo interno del psicólogo, sus posibilidades reparatorias respecto de sus propios aspectos infantiles y de sus padres internos. Si esto es favorable, es muy posible que pueda tomar una distancia óptima y adoptar la técnica más adecuada. De lo contrario se contraidentificará con los padres atacando al hijo o con el hijo atacando a los padres, interfiriendo su propia labor hasta el punto de constituir una barrera impenetrable en la comunicación. Esta dificultad se transmite a través de la forma más que a través del contenido de lo que se dice. Este último se controla mejor que un tono de voz cortante, seco, agresivo e indiferente.

Además de la ansiedad, la culpa desempeña un papel preponderante tanto en los padres y el paciente como en el psicólogo. Cuanto mayor es la ansiedad que detectamos en la entrevista, mayor es también la culpa subyacente. En algunos casos los padres

la verbalizan diciendo: "¿Qué habré hecho mal?". Independientemente del monto y calidad de la culpa, es casi general que aparezca en los padres la fantasía de irreparabilidad, cuando se enfrentan con una historia más real que incluye sus aspectos amorosos y destructivos. Enfrentarse con su calidad de padres no perfectos duele, y si el psicólogo no lo comprende puede aparecer como figura censora que los castigará como a hijos sorprendidos en falta. Este duelo no siempre se elabora favorablemente; para algunos padres el fracaso de su omnipotencia es algo tan intolerable que prefieren evitar o suspender la consulta. Si la ansiedad y la culpa se encaran adecuadamente desde la primera entrevista, quedará asegurada una mayor garantía de la calidad del trabajo diagnóstico del psicólogo, y sobre todo se dejará el terreno bien preparado para la entrevista devolutiva y para la elaboración de un plan terapéutico correcto si es menester.

Bibliografía

- Abt, L. E., "The Analysis of Structural Clinical Interview", *J. Clin. Psychol.*, 5, 1949.
- Aberastury, Arminda, *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Paidós, Bs. As., 1969.
- Baer Bahía, A., "Represión, recuerdo y amnesia", presentado en la Asoc. Psicoanal. Argentina en 1956.
- Baranger, W., "La situación analítica como campo dinámico", *Rev. Urug. de Psicoanál.*, t. IV, 1, 1961-62.
- Bleger, José, "La entrevista psicológica", cuad. n° 4, Dto. de Psicol., Univ. Nac. de Buenos Aires.
- Bleger, José, *Psicología de la conducta*, Eudeba, Bs. As., caps. 1 a 14.
- Cesio, F., "El lenguaje no-verbal: su interpretación", *Rev. de Psicoanál.*, t. IV, n° 1-2.
- Deutsch, F. y Murphy, W. F., *The Clinical Interview*, Intern. Univ. Press, 1955.
- Fenichel, O., *Teoría psicoanalítica de la neurosis*, Paidós, Bs. As., 1971.
- Freud, S., *El yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Freud, S., "Los recuerdos encubridores" (1899), *Obras completas*, t. XII.
- Freud, S., "La dinámica de la transferencia" (1912), *Obras completas*, t. XIV.

- Freud, S., "La iniciación del tratamiento" (1923), *Obras completas*, t. XIV.
- Grinberg, L., "Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva", *Rev. de Psicoanál.*, t. XIV, nº 1-2.
- Klein, M., *Envidia y gratitud*, Hormé, Bs. As., 1964.
- Klein, M. y ot., *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As., 1964.
- Klein, M. y ot., *Contribuciones al psicoanálisis*, Hormé, Bs. As., 1964.
- Klein, M. y ot., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Lagache, D., "El problema de la transferencia", *Rev. Urug. de Psicoanál.*, 1-3 y 1-4, 1956.
- Liberman, D., *Comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Eudeba, Bs. As., 1962, caps. III y IV.
- Mom, J. M., "Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas", *Rev. de Psicoanál.*, Bs. As., 1960, pp. 172-90.
- Nahoum, C., *L'entretien psychiatrique*, P.U.F., París, 1958.
- Ocampo, M. L. S. de y García Arzeno, M. E., "El motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico", trabajo presentado en el 1er. Congreso de Psicopatología Infanto-Juvenil Argentino, Bs. As., junio de 1969.
- Ocampo, M. L. S. de y García Arzeno, M. E., "El manejo de la ansiedad en el motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico en niños", trabajo presentado en el 1er. Congreso Interamericano de Psiquiatría Infantil, Punta del Este, 1969.
- Racker, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Bs. As., 1960.
- Rascovsky y ot., "Patología psicósomática", *Asoc. Psic. Arg.*, 1948.
- Rodrigué, E., *El contexto del proceso psicoanalítico*, Paidós, Bs. As., 1964.
- Ruesch, J., *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*, Paidós, Bs. As., 1959.
- Ruesch, J., *Disturbed Communication*, W. W. Norton, N. York, 1957.
- Szpilka, J., "Notas sobre tiempo, espacio y encuadre", *Rev. Arg. de Psicol.*, año 1, nº 2, dic. 1969.

Capítulo III

Entrevistas para la administración de tests

Planeamiento de la batería. Distintos tipos de batería.
Secuencia de los tests. Caracterización de los pruebas.
Dinámica de estas entrevistas

María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

Cuando el psicólogo planifica la batería de tests que utilizará, puede incurrir en dos errores: alargar excesivamente el proceso o acortarlo en demasía. En la planificación de la batería debemos pensar que el proceso psicodiagnóstico debe ser lo suficientemente amplio como para comprender bien al paciente, pero al mismo tiempo no debe excederse porque esto implica (al igual que un acortamiento excesivo) una alteración en el vínculo psicólogo-paciente. Algunas veces, se aumenta excesivamente el número de entrevistas iniciales o finales; otras, en cambio, esto se produce en las entrevistas destinadas a la administración de los tests.

Algo ocurre, desde el primer contacto con el paciente, que moviliza en el psicólogo la determinación de administrar más o menos tests. En esto tiene mucho que ver el tipo de relación predominante entre ambos. Si predominan elementos negativos en el vínculo, el psicólogo puede optar por continuar la relación administrando otros tests, para ver si la relación mejora. Esto, contrariamente a lo que se espera, puede empeorar la relación. Si el vínculo ha sido predominantemente positivo también puede ocurrir que el psicólogo lo prolongue porque dar por finalizado el psicodiagnóstico es sentido como una pérdida que no tolera; le cuesta separarse del paciente, en el primer caso por el predominio de elementos contratransferenciales negativos, en el segundo, por el predominio de los elementos positivos. En ambos casos, por la culpa que le produce la separación, culpa relacionada con aspectos infantiles propios no elaborados. De una manera u otra, el pro-

blema consiste en establecer una dosificación adecuada de la cantidad de entrevistas, en general, y, como veremos en este capítulo, de las destinadas a los tests, en especial. En este momento del proceso psicodiagnóstico es cuando más frecuentemente hemos hallado desvíos respecto de lo que llamaremos una duración usual o tipo. En términos generales la batería de tests proyectivos puede insumir entre dos y cuatro entrevistas destinadas a examinar al paciente. En otros casos el psicólogo ve al paciente sólo una vez. Entendemos que estos son casos extremos entre los cuales se debe hallar la duración adecuada dentro de los límites que hemos especificado más arriba.

Si el proceso se acorta demasiado, inevitablemente habrá un déficit de información, sea cual fuere el material de tests utilizado. Si se prolonga demasiado, surgen eventualidades de importancia que sólo serán reconocidas si el psicólogo trabaja con un marco de referencia psicoanalítico y admite la importancia de la transferencia y contratransferencia en su relación con el paciente y sus padres. Cuando la batería de tests se prolonga más de lo debido es porque en el psicólogo predomina la sensación de impotencia frente al paciente. El paciente resulta recargado en su labor (sean horas de juego, dibujos o producción verbal). Esto facilita en él la fantasía de que lo que le ocurre es algo tan serio o complicado que lleva al psicólogo a una exploración intensiva. En suma, la fantasía sería la de tener algo raro, complicado y difícil de captar. Aunque el paciente no tenga idea alguna de lo que comúnmente dura un psicodiagnóstico, puede también alimentar estas fantasías, pues el psicólogo, involuntariamente, le transmite su inquietud, incertidumbre, curiosidad, etc. Este último sentimiento es el que puede favorecer en el paciente otro tipo de fantasías: la de que forma con el psicólogo una pareja de tipo voyeurista-exhibicionista, resultando así distorsionada la dosis y calidad de curiosidad que el psicólogo debe utilizar para cumplir con eficiencia su rol. Además, si la devolución de información resulta ser un paso tan importante en el cierre del proceso como nosotros pensamos y confirmamos día a día en la práctica profesional, ese paciente resulta frustrado en sus deseos de saber qué es lo que le ocurre y qué le recomiendan hacer. Es decir, la devolución funciona como una expectativa que no se cumple, sobre todo si la cantidad de entrevistas excede notoriamente lo estipulado en el contrato. En este sentido el paciente funciona más como objeto de estudio que como

persona. Si la problemática del paciente previa a la iniciación del psicodiagnóstico fuera precisamente ésa, sentirá que se repite con el psicólogo la experiencia que tuvo en sus tempranas relaciones objetales. Esto, lejos de ser saludable, puede acarrear serios inconvenientes en el proceso psicodiagnóstico y en la eventual terapia futura. Si no se trabaja con técnica de devolución de información, esa relación queda inconclusa; la despedida entre ambos se produce con gran incógnita por parte del paciente (y del psicólogo) y con un incremento de ansiedad persecutoria, porque no se le ha dado la oportunidad de una experiencia correctora de las fantasías mencionadas. Otro aspecto a considerar es lo que ocurre si finalmente se recomienda psicoterapia: el modelo de vínculo que lleva internalizado el paciente es perjudicial porque favorece fantasías de ser retenido y, al mismo tiempo, frustrado en sus intentos de real acercamiento. Si se prolongan las entrevistas para administrar muchos tests, perdura el temor a ser hurgado. Si predominó la idealización en ese vínculo prolongado, el paciente llegará a la terapia con la fantasía de ser tan interesante, agradable o seductor que nadie puede desprenderse de él.

Lo que señalamos como muy importante es la distorsión que el psicólogo facilita en el paciente en un sentido o en otro (aumento de la idealización o de la persecución) respecto del vínculo paciente-terapeuta sobre la base del modelo que introyectó durante el psicodiagnóstico. Otro elemento negativo digno de señalarse es que la prolongación del vínculo dificulta el pasaje transferencial que el paciente debe realizar al comenzar su terapia. Este inconveniente se torna más serio cuando la patología del paciente es muy grave, su Yo muy débil y sus defensas muy precarias.

Dijimos antes que cuando el vínculo se alarga notablemente por iniciativa del psicólogo es porque ha predominado en él un sentimiento de impotencia. Lo que siente es que no logra comprender al paciente y recurre a la administración de otros tests, esperando que alguno le suministre la respuesta ansiosamente buscada. Lo más adecuado, desde nuestro punto de vista, es que la extensión de la batería y el número de entrevistas iniciales y finales se mantenga constante (dentro de lo posible). Esto supone en el psicólogo la posibilidad de aceptar un límite para sí y poner un límite al paciente. Cuando alarga la cantidad de entrevistas con los padres, se rompe el equilibrio necesario de la relación con ellos y con el hijo. Ellos dan mucho material y parecen tener guar-

das cosas muy importantes (actitud evacuativa); sin embargo, suele tratarse de una táctica empleada para reclamar una mayor atención para sí a expensas del hijo. Por su parte el psicólogo sigue concediendo entrevistas, aparentemente con el fin de reunir datos que permitan una mayor comprensión del paciente, operando con el prejuicio de que cuanto más detallada sea la biografía, mejor lo comprenderá. Olvida, no obstante, que un vínculo así prolongado con los padres puede convertirse en una psicoterapia breve de pareja, donde los padres lo manejan a él, estableciendo con ellos una alianza distorsionante en la medida en que se posterga el contacto con el hijo. Lo aconsejable, según nuestra opinión, es señalar a esos padres la necesidad de contar con un profesional que los escuche y oriente al margen de lo que haga falta para el hijo. De lo contrario, si bien obtienen un cierto beneficio secundario (seudo alivio proveniente de actuaciones, evacuaciones, etc.), están procediendo al servicio de sus propias resistencias por cuanto el psicólogo debe (o debería) centrarse en otro punto (el hijo). Si le resulta tan natural ese hecho de marginar al hijo podemos presumir la existencia de aspectos infantiles que pugnan competitivamente contra el paciente reteniendo triunfalmente a papá y mamá consigo más de la cuenta. Esto puede estar unido a otros factores tales como una curiosidad perversa (voyeurismo), necesidad de ser el que lo sabe todo (omnipotencia), etc. En cuanto a los padres que tratan de retener al psicólogo podemos afirmar la existencia de sentimientos de celos y rivalidad frente al hijo que se quedará con el psicólogo, vivido como representante de una pareja papá-mamá buenos. Ellos pasan a ocupar el lugar de hijos necesitados. Todo esto se confirma si, en la devolución, los padres lo evidencian en la dinámica misma de la entrevista o solicitando nuevas entrevistas. Generalmente verbalizan que algo no les ha quedado claro, que necesitan conversarlo más, que hay algo más de qué hablar. Esto puede ser real, porque algunos padres esperan hasta estar convencidos de que el psicólogo trabaja bien, los sabe escuchar y comprender y sólo entonces lo hacen partícipe de datos muy ansiógenos. Pero es necesario poner un límite a esto o caeremos en los errores señalados. Si los padres demuestran un gran monto de ansiedad, aceptamos y hasta proponemos una entrevista para ayudarlos a elaborar la ansiedad. Pero no se trata de mantener esta actitud *ad infinitum* puesto que entonces la ansiedad de los padres se transforma en la táctica indicada para retener al psicólogo.

lo cual, lejos de sanear la situación traída a la consulta, la complica aun más. Muchas veces intentan retener más y más al psicólogo porque quieren mostrarle que son buenos padres, tratan de justificarse y lo viven como un Superyó paterno-materno que exige interminables explicaciones acerca de lo que han hecho o dejado de hacer. El psicólogo debe tener en cuenta estos elementos a los fines de comprender mejor a los padres y fundamentalmente al hijo. Constituye una pauta diagnóstica importante que, en el momento de la devolución de información, debe incluirse para aclararles el tipo de vínculo existente.

Veamos ahora qué ocurre cuando el proceso, en general, y la administración de tests, en especial, se acortan considerablemente. (Por ejemplo si se recurre a una hora de juego o a la administración de un solo test, por iniciativa del psicólogo.) Este acortamiento del proceso favorece la fantasía de que el paciente puede depositar rápidamente los conflictos y preocupaciones en el psicólogo, quien, además, es investido de atributos mágicos de comprensión de los mismos. Facilita en los padres una actitud tendiente a no sufrir las alternativas del proceso, a no exponerse a la movilización de angustia. Este contacto fugaz empobrece la capacidad comprensiva del psicólogo, si bien hay casos en los que él mismo lo provoca impulsado por el monto de ansiedad o rabia que siente contratransferencialmente: trata de desembarazarse del paciente lo antes posible. Si no trabaja con técnica devolutiva de información, las fantasías antes mencionadas no se pueden rectificar. Cuando el psicólogo planifica un contacto tan fugaz con el paciente (y los padres), pensamos que opera con una gran omnipotencia, sustentada por el psicólogo o transferida a un determinado test, por ejemplo el Rorschach. Tal actitud facilita en el paciente la fantasía de que lo que tiene es algo muy simple, muy fácil de captar, y/o simultáneamente que el psicólogo es una especie de brujo que maneja el test como si fuera una bola de cristal que refleja todo lo que ocurre. Por otra parte disminuye su capacidad para sutilizar, estimula la tendencia a llenar los huecos de la producción del paciente con sus propias proyecciones, aumenta la intolerancia para aceptar lo que no se sabe, para enfrentarse con dudas y carencias. En ambas situaciones extremas pensamos que subyace un déficit de información que mueve en un caso a una búsqueda de infinitas recurrencias y en el otro a negar la necesidad de suficientes recurrencias que le permiten una buena síntesis de la

problemática del paciente. Hay una excesiva voracidad y curiosidad, actuada en un caso y reprimida en el otro. El mecanismo de contraidentificación proyectiva con el paciente desempeña un papel importante en estas vicisitudes del proceso psicodiagnóstico. Si el paciente trata de evitar fóbicamente al psicólogo o si trata de absorberlo e instalarse en una relación perdurable con él, puede movilizarlo a contraidentificarse con él, a través de conductas tendientes a acortar o alargar el vínculo. Atacada su capacidad de pensar, el psicólogo siente que no entiende al paciente y opta por prolongar el vínculo o acortarlo más de lo conveniente, transformándose en un mal continente porque no metaboliza lo que el paciente le da, no discrimina, acumula o por lo contrario pide poco material por temor a que lo invadan.

Planificación de la batería

PLANIFICACIÓN GENERAL DE LA BATERÍA

Para planificar una batería es necesario pensar en tests que recojan el mayor número de conductas posibles (verbales, gráficas y lúdicas) de manera que se pueda comparar un mismo tipo de conducta disparada por distintos estímulos o instrumentos y diferentes tipos de conductas entre sí. Es muy importante discriminar la secuencia en que se administrarán los tests elegidos. Debe establecerse en función de dos factores: la naturaleza del test y la del caso en cuestión. El test que moviliza una conducta acorde con el síntoma nunca debe administrarse primero (un test verbal a un tartamudo, o uno de inteligencia a una persona que consulta por dificultades intelectuales o un desiderativo a un depresivo, esquizofrénico, moribundo o anciano para quienes la vivencia de muerte es algo tan presente). Utilizar esos tests en primer término supone colocar al paciente en la situación más ansiógena o deficitaria sin el previo establecimiento de una relación adecuada. Incurrir en este error puede viciar todo el proceso psicodiagnóstico o imprimir un tinte persecutorio que impida la emergencia de los aspectos adaptativos. Como regla general recomendamos reservar los tests más ansiógenos para las últimas entrevistas de modo tal que el paciente no utilice toda su energía en controlar la persecución así incrementada. Hay instrumentos que son ansiógenos por su propia cons-

trucción, sea cual fuere la problemática del paciente a quien se le administre, tal como acontece con el desiderativo. Su consigna entraña un ataque a la identidad que puede convertirse en un elemento traumático, el cual, sumado al síntoma egodistónico, impide una buena reorganización y dirige el proceso. De ahí que el desiderativo no se deba incluir como primero y último test. (Como primer test enfrentaría al paciente con la muerte desde el inicio; como último test podría interferir en la elaboración depresiva que implica la separación.)

Los tests gráficos son los más adecuados para comenzar un examen psicológico, a menos que el paciente presente serios trastornos orgánicos, graves alteraciones del esquema corporal, dificultades en el uso de las manos, etc. Veamos cuáles son las razones por las cuales los consideramos apropiados para comenzar la batería. Al abarcar los aspectos más disociados, menos sentidos como propios, permiten que el paciente trabaje más aliviado. Otro elemento que los hace recomendables para incluir al comienzo de la batería es el hecho de ser económicos en cuanto al tiempo que insume su administración. Salvo raras excepciones, en pocos minutos el paciente puede cumplir con la primera tarea que se le ha pedido. El hecho de haber salido indemne de esa primera prueba alivia al paciente, modifica las fantasías con que ha llegado respecto del examen psicológico (generalmente muy persecutorias) y deja como saldo favorable la disposición a establecer un buen *rapport* con el psicólogo. La conducta gráfica guarda una estrecha relación con aspectos infantiles de la personalidad y, según como sea el tipo de vínculo que el paciente guarda con esos aspectos, se sentirá tranquilizado o irritado por la tarea propuesta. Si esta conducta fue normal en la infancia, la reacción será de alivio o agrado. Si la asocia con dificultades de algún tipo, reaccionará con comentarios de autojustificación, autocríticas o críticas hacia el psicólogo. Puede expresarse sin verbalizar su disgusto, con asociaciones en las que muestra su molestia, o reaccionar con un bloqueo total o un negativismo abierto y declarado. En la mayoría de los casos el pedido de un gráfico significa para el paciente enfrentarse con una tarea conocida que en algún momento ha realizado. La simplicidad del material contribuye a tranquilizarlo (papel en blanco y lápiz). Dentro de los tests gráficos propugnamos necesaria la inclusión de distintos contenidos en cuanto al tema solicitado, comenzando por los de tema más ambiguo hasta llegar a

los más específicos. Por ejemplo: dibujo libre, figura humana (Machover), pareja (Bernstein), casa-árbol-persona (Hammer y Buck), familia (Porot, García Arzeno-Verthelyi).

En este sentido, si queremos extraer de los tests gráficos toda la riqueza que brindan, es importante administrarlos en forma sucesiva constituyendo un todo que nos permita la comparación intertests gráficos, sin la interferencia de estímulos que movilicen otros tipos de conductas y de asociaciones (como pueden ser el desiderativo o el Phillipson). Esa comparación constituye un elemento diagnóstico y pronóstico a nivel de conducta gráfica muy importante, ya que son estos tests los que en distintas investigaciones han resultado indicadores de incipiente patología y detectores de remisiones tardías. A través de la secuencia de tests gráficos podemos apreciar si el sujeto se organiza o se desorganiza cada vez más. Los tests gráficos reflejan los aspectos más estables de la personalidad, los más difíciles de modificar. Este es un elemento más en favor de no incluir sólo tests gráficos en la batería, porque una patología muy intensa en los gráficos puede aparecer más morigerada en los tests verbales. Por eso recomendamos no quedarse exclusivamente con una muestra de la conducta gráfica del paciente.

Comparar la producción del paciente en los distintos gráficos es un recurso que brinda elementos diagnósticos y pronósticos adicionales respecto de los que da cada test por separado. Dentro de los tests con consigna cerrada recomendamos incluir el H.T.P. porque permite explorar distintos niveles de proyección de la personalidad: la proyección de aspectos más arcaicos está en la figura del árbol, y de los menos arcaicos, en la persona. También recomendamos hacer la comparación entre los gráficos y las verbalizaciones espontáneas o inducidas por el psicólogo. Nos referimos a las verbalizaciones de los tests gráficos correlacionadas entre sí y con los tests verbales. Podemos utilizar aun más correlacionando aquellas producciones con las de tests verbales que utilizan un estímulo visual (Phillipson, Rorschach, C.A.T.) y con las que utilizan un estímulo verbal (desiderativo, mis manos, etc.). De esta manera se puede explorar qué fantasías emergen, qué asociaciones expresa verbalmente el paciente y cuál es su comportamiento perceptual, según que el test sea exclusivamente gráfico, exclusivamente verbal o combine las dos técnicas. Por supuesto, esto es válido también en el caso de que se incluyan técnicas o tests lúdicos en la batería.

Así podremos hacer una correlación entre los tres tipos de conducta. La inclusión de estos tests (test de la casa de A. Aberastury, por ejemplo) permite explorar el manejo del espacio tridimensional, aspecto no incluido en los otros tipos de tests.

LA BATERÍA ESTÁNDAR

Como hemos expresado anteriormente, pensamos que en una batería estándar deben incluirse dentro de los tests proyectivos aquellos que promuevan diferentes conductas. Por lo tanto, la batería proyectiva debe incluir tests gráficos, verbales y lúdicos. Respecto de los tests de inteligencia, aunque no competen a nuestra especialización, hacemos afirmaciones similares: su inclusión en la secuencia de la batería no puede ser arbitraria, pues se corre el riesgo de traer aparejadas consecuencias desfavorables tanto para el diagnóstico como para la relación psicólogo-paciente. Preferimos, dadas sus características, ubicarlos al final de la batería de tests proyectivos pues:

a) El material presentado al paciente no es ambiguo (como en los tests proyectivos) sino de contenido preciso (puntos, dibujos geométricos, etc.), con lo cual queda establecida una primera diferencia frente a la cual las reacciones del paciente son importantes para el diagnóstico y pronóstico. Debe tenerse en cuenta que si a continuación de un test de inteligencia damos la consigna de un test proyectivo, puede resultar difícil al paciente reacomodarse a estímulos tan indefinidos como una lámina de Rorschach, Phillipson o C.A.T.

b) Las consignas de los tests de inteligencia entrañan una actitud más activa de parte del psicólogo, quien propone un tipo de tarea distinta de las otras y pone un límite de tiempo más marcado que en los tests proyectivos (estipulado, inclusive, por el test mismo para garantizar la validez de los resultados).

c) El registro de la prueba también difiere. En general el psicólogo no escribe todo lo que ocurre y muchas veces es visible para el paciente que lo que registra son signos positivos o negativos respecto de sus respuestas.

d) Algunos test de inteligencia incluyen interrogatorios que difieren de los de los tests proyectivos por ser menos ambiguos y más específicos y directivos.

c) La relación psicólogo-paciente cambia desde el momento mismo de la verbalización de la consigna y mostración del material. El paciente percibe que se lo está evaluando en algo muy específico que tiene que ver con la inteligencia. En los tests proyectivos disminuye su sensación de responsabilidad y la ansiedad persecutoria concomitante puede aumentar o disminuir según el caso. Si el síntoma que trae el paciente es justamente una dificultad intelectual, el monto de persecución aumentará notablemente y más aún si ubicamos el test de inteligencia en primer término. Ahora bien, lo que está "neutralizado" es lo que suscita menos ansiedad. Puede ocurrir entonces que un esquizoide, con sólidas defensas de intelectualización, no experimente ansiedad y respire aliviado si le presentamos un test de inteligencia en tanto "encaja" mejor con el tipo de defensas que más utiliza frente a la ansiedad.

Pensamos entonces que un test de inteligencia no debe ser el primer test. El momento exacto de su inclusión se debe decidir según el caso. Si se trata de varios tests de inteligencia y/o madurez, es preferible incluirlos todos juntos al final de la batería. Si se trata de uno solo, puede ir intercalado con los tests proyectivos, pero administrado al final de alguna de las entrevistas. (Por ejemplo, un Bender puede ir ubicado al final del grupo de tests gráficos dado que se pide al paciente una conducta gráfica, pero se enfatiza la necesidad de que copie el modelo lo más fielmente posible.) Si se quiere evaluar las partes adaptativas en relación con la inteligencia, resulta adecuada la administración de un Weschler (adjudicándole toda una entrevista) intercalado con los tests proyectivos. En general preferimos dejar el Phillipson para el final de la batería con el fin de evaluar lo relativo a la separación con el psicólogo. Las técnicas y tests proyectivos permiten evaluar cualitativamente (y cuantitativamente en forma aproximada) aspectos generales de la inteligencia que tienen que ver con algunas capacidades adaptativas del Yo. Si administramos un Rorschach podríamos apreciar el potencial y la eficiencia intelectual del paciente, el tipo de inteligencia predominante, en qué medida y forma los factores emocionales acrecientan, enriquecen, empobrecen o bloquean la inteligencia. Lo que no podríamos hacer es expedirnos acerca del C.I., o del percentil o rango de inteligencia del paciente ni acerca de otros datos que brindan exclusivamente los tests de inteligencia (Raven, Anstey, etcétera).

El Weschler es el test que mejor puede ayudarnos para un

buena evaluación de esas capacidades adaptativas y que, lo mismo que el Bender, es susceptible de una interpretación proyectiva complementaria de la evaluación cuantitativa, con lo que podremos integrar mejor esos resultados dentro de la batería. Si el caso requiere una evaluación rica, detallada y precisa del nivel y funcionamiento intelectuales, deberemos recurrir a los tests específicos antes mencionados.

~~En caso de administrar a un adulto~~ o adolescente una batería completa recomendamos la siguiente secuencia:

1ª entrevista:

Tests gráficos: dibujo libre, pareja humana, test de la familia y H.T.P. (House, Tree, Person). Si se presumen problemas de madurez o lesión orgánica, a continuación puede ubicarse el Bender.

2ª entrevista:

Rorschach y desiderativo, finalizando con el pedido de un recuerdo o un sueño para no despedir al paciente con todo lo que ha movilizadado este último test.

3ª entrevista:

Test de relaciones objetales de H. Phillipson.

Si se trata de un niño la batería completa constaría de:

1ª entrevista:

Hora de Juego diagnóstica.

2ª entrevista:

Tests gráficos: los mismos que para el caso de adolescentes o adultos.

3ª entrevista:

Rorschach y desiderativo, finalizado de la misma manera y por la misma razón explícita en el caso de adultos o adolescentes.

4ª entrevista:

Test de apercepción temática para niños (C.A.T.) o Phillipson en niños mayores con una tendencia hacia la intelectualización y rechazo hacia estímulos más infantiles. Para investigaciones complementarias algunas veces se administra el C.A.T. 'S o el test de Blacky. Preferimos suplir el C.A.T. por el Phillipson cuando se dan las condiciones más arriba especificadas o en el caso de fobias a los animales.

Bibliografía

Abt y Bellak, *Psicología proyectiva*, Paidós, Bs. As.

Anderson y Anderson, *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*, RIALP, Madrid.

Anzieu, D., *Los métodos proyectivos*, Kapelusz, Bs. As.

Bell, J., *Técnicas proyectivas*, Paidós, Bs. As.

Bernstein, J., *Introducción al Manual del Test de Apercepción Temática (TAT) de H. Murray*, Paidós, Bs. As.

Hammer, E., *The Clinical Application of Projective Drawings*.

L'Abatte, L., *Principios de psicología clínica*, Paidós, Bs. As.

Rapaport, D., *Tests de diagnóstico psicológico*, Paidós, Bs. As.

Schafer, R., *The Clinical Application of Psychological Tests*, International University Press Inc., Nueva York.

Capítulo IV

El cuestionario desiderativo .

1

Fortaleza y debilidad de la identidad en el Test desiderativo

Maria L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

La consigna de este test provoca en el paciente un ataque a la integridad de su Yo.

Definimos la fortaleza del Yo como la posibilidad de poner en marcha mecanismos que, sin negar maniáticamente la muerte ni sucumbir a ella, permitan al sujeto mantener su cohesión y sobreponerse al impacto de la consigna. A nivel de la conducta manifiesta del paciente, esto se evidencia cuando logra responder a lo que el test le pide, no se aferra a elecciones consistentes en la identidad humana en sus distintas versiones ("espíritu", "Batman", "un hada", "un mago", "un ser bueno", "no ser ladrón"), ni tampoco se limita a responder con evasivas ("no sé", "no siendo persona no quiero ser nada").

Un Yo muy débil y sin defensas queda paralizado ante la situación de muerte fantaseada propuesta por la consigna. Entra en un estado de aniquilación real y no puede responder al test, porque no puede discriminar entre la muerte real y la fantasía de muerte.

Un Yo menos débil se comporta de distinta manera: logra reorganizarse gracias a una negación maniaca de la angustia de muerte, negando la misma posibilidad de morir. La intensidad de este mecanismo nos dará la medida de la debilidad del yo, mecanismo que se pone de manifiesto en las elecciones que realiza este tipo de paciente: "Baobab, porque vive más de cien años", "Papagayo, porque vive mucho", "Piedra, porque casi no se gasta y no me moriría nunca", etcétera.

Un Yo débil, pero que no llega a sentirse aniquilado por la consigna ni obligado a recurrir a una negación maníaca de la muerte, también puede realizar el test. Cuando examinamos detenidamente sus elecciones y sus respectivas racionalizaciones, descubrimos el grado de fragilidad que posee. Algunos ejemplos, como: "Me gustaría ser un canario. Vive en una jaula, le dan de comer, lo cuidan", "Me gustaría ser un jarrón de cristal", "Una orquídea por su delicadeza", muestran catexias características por la fragilidad, debilidad o indefensión de los objetos mentados.

Un Yo con un grado adecuado de fortaleza no sólo no queda aniquilado por la consigna ni recurre a negaciones maníacas, sino que tampoco apela a elecciones como las que acabamos de ejemplificar. En todo caso, objetos¹ que poseen como rasgo esencial la fragilidad, la debilidad o indefensión aparecerán en el protocolo en las catexias negativas, es decir, como aspectos del mundo interno que el propio paciente rechaza. Veamos algunos ejemplos: "Me gustaría ser un gorrión porque sabe buscar su alimento, vive libre, sabe defenderse", "Ser un roble, es un árbol fuerte, de madera noble, da buena sombra", "Me gustaría ser una casa grande, donde viva mucha gente, una casa fuerte que los proteja".

Hasta ahora nos hemos referido exclusivamente a las elecciones para investigar y ejemplificar el grado de fortaleza o debilidad del Yo del paciente.

El tiempo de reacción (TR) es otro indicador digno de tener en cuenta para investigar ese aspecto de la identidad.

Tal como hacemos en otros tests, consignaremos el tiempo que transcurre entre el enunciado de la consigna y la emergencia de la primera respuesta del paciente. No incluiremos las primeras verbalizaciones ya que pueden consistir en palabras inconexas, balbuceos o comentarios que cumplen la finalidad de "tomarse un tiempo" sin comprometerse cabalmente con una respuesta. En las catexias $1 +$ y $1 -$ suele alargarse el tiempo de reacción. La primera catexia positiva supone sobreponerse al impacto de la consigna, evaluar el aspecto interno que más se desea proteger de la muerte y asociarlo con algo del mundo externo que mejor condense y transmita el resultado del balance que la consigna le obliga a realizar.

¹ Entiéndase por "objeto" todo lo que funcione como correlato del pensamiento del paciente en su búsqueda de una respuesta a la consigna, sea animal, vegetal o inanimado.

En 1 — la situación de test ya no es nueva y lo que el paciente debe hacer es discriminar lo más desagradable de su mundo interno y elegir algo del mundo externo que condense y exprese ese elemento rechazado. Este proceso parece a primera vista tan costoso como el primero (1+), pero en términos generales hemos hallado que al paciente le resulta más fácil localizar y expresar lo que rechaza que lo que acepta. El beneficio secundario que pueda obtener el paciente que realice este test es mayor en 1 — que en 1 +. El test brinda al paciente una salida que tiene que ver con la realización mágica de deseos. Puede poner lo malo y peligroso fuera de sí y rechazar toda relación de pertenencia de eso malo y peligroso respecto de su propia personalidad mediante el mero recurso de decir “como eso no quiero ser”, o “eso no quiero ser”, es decir, “eso no me pertenece, yo no quiero ser eso, por lo tanto no soy eso”.

Un TR muy largo (treinta segundos o más) indica que el impacto de la consigna ha sido intenso y que el Yo reacciona lentamente. Cuando el TR es muy largo podemos pensar que la consigna ha provocado un shock en el paciente, pero como sucede en otros tests (Rorschach, por ejemplo) el shock puede aparecer desplazado en las catexias 2+, 3+, ó 2—, 3—. En estos casos hablamos de un Yo que, además de ser fácilmente vulnerable, reacciona con efecto retroactivo. En tal caso, la rapidez o soltura con que haya dado la respuesta 1+ no debe tomarse como prueba cabal de solidez del Yo si en el resto del protocolo aparecen rasgos que indican lo contrario.

Estos alargamientos del TR en 2+, 3+, 2— ó 3— pueden deberse, además de lo ya mencionado, al área específica asociada con la categoría del objeto evocado. La primera táctica defensiva elegida por el paciente en estos casos será tratar de evitar una elección de algo perteneciente a tal categoría. Por ejemplo, no aparecerá ninguna elección espontánea “de algo inanimado”, y sólo si el psicólogo lo induce a ello, se abocará a la tarea de elegirlo. En esa oportunidad puede aparecer el alargamiento notable del TR. Si la elección de algo inanimado le resulta extremadamente conflictiva, el paciente fracasará en su intento de dar una respuesta (dirá: “Me gustan todos —animales, plantas u objetos—, no puedo elegir ninguno en especial”).

Un acortamiento excesivo del TR es índice de fortaleza pre-caria del Yo. En tales casos diremos que el paciente utiliza me-canismos maníacos opuestos a los mecanismos evitativos, que en-

racterizarían a los pacientes que muestran TR largos. Un TR muy breve (de 1 a 5 segundos) supone un Yo que intenta desembarazarse rápidamente de toda fuente de angustia (la consigna en este caso). Trata de cumplir con el trámite solicitado, pero examinando cuidadosamente su producción hallaremos elecciones que suponen superficialidad, uso de lugares comunes, de respuestas "clisés", etc. El componente intelectual de la personalidad desempeña en esto un papel importante. Un paciente de buen nivel intelectual y de inteligencia rápida, ágil, reaccionará también con más agilidad (a menos que los componentes afectivos interfieran seriamente) que otro paciente que puede ser menos inteligente o de inteligencia lenta. Por supuesto que si la lentitud o rapidez de las respuestas se debe al factor intelectual y no a conflictos en el área afectiva, tal lentitud o excesiva rapidez se mantendrá constante a lo largo de todo el protocolo. Toda variación dentro de este patrón intraindividual debe tomarse como índice de que algo afectivo (agradable o desagradable) ha sido estimulado o removido por el test y, por lo tanto, resulta significativo.

Si un paciente tiene TR largos en las catexias positivas y cortos en las negativas, cabe pensar que le resulta más fácil discriminar lo que le inspira desagrado o rechazo, lo que le resulta malo o peligroso. En cambio, no puede establecer con la rapidez adecuada técnicas que lo defiendan de esos aspectos rechazados. Es importante ver si el mecanismo es predominantemente evacuativo o si realmente hay discriminación. Esto suele traslucirse en el éxito o fracaso de las racionalizaciones del paciente. Si acepta todo "porque me gusta" o rechaza todo "porque no me gusta", vemos que fracasa en sus racionalizaciones y, por lo tanto, sus posibilidades de discriminar se reducen notablemente. El paciente parece tener claro de qué se defiende, pero duda en lo que se refiere a cómo defenderse.

Tomemos ahora el caso contrario: un TR abreviado en las catexias positivas y alargado en las negativas. En estos casos podemos diagnosticar que el Yo de esos pacientes sabe cómo puede defenderse pero le resulta difícil, complicado y muy conflictivo establecer de qué se está defendiendo. Esto se torna más claro aún cuando el paciente fracasa directamente en su intento de dar respuestas tanto negativas como positivas. En tales casos pensamos que está atravesando por un estado confusional que le impide efectuar la discriminación más elemental. Esto mismo se pone de

manifiesto no por la ausencia de respuestas, sino por la mezcla de catexias positivas y negativas recogidas como producción espontánea del paciente. Veamos, por ejemplo, la siguiente respuesta: "¿Qué es lo que más me gustaría ser? Los animales no me gustan, pero elegiría un perro. Pero si soy un perro podría morirme rabioso y es una muerte horrible. Pero por otra parte dicen que el perro es el mejor amigo del hombre. Sí, podría ser un perro." En este ejemplo aparecen aspectos idealizados y peyorativizados entremezclados hasta el punto de dificultar una buena identificación proyectiva. En otros casos aparecerá la indiscriminación no ya dentro de la misma respuesta sino en respuestas sucesivas referentes a la misma o distintas catexias. Veamos un ejemplo: "¿Qué es lo que más me gustaría ser? Un mono no, porque se ríen de él. Un caballo de carrera sí, de esos «pura sangre», son hermosos. Jamás elegiría un pájaro porque siempre están expuestos a que los maten." En estos ejemplos vemos cómo fracasa el intento de utilizar exitosamente el mecanismo de discriminación y disociación entre aspectos buenos y reparadores y otros malos y peligrosos, o, desde otro enfoque, cómo fracasa la discriminación entre aquello de lo que hay que defenderse y la técnica defensiva más apropiada. Cuando tal indiscriminación se presenta en las catexias negativas, la consideramos menos patológica, porque nos hallamos frente a un Yo que no sabe detectar qué es lo que le produce más angustia y no ya frente a un Yo que no sabe si un mecanismo de defensa le sirve para defenderse o acabará por aniquilarlo (caso de la indiscriminación en catexias positivas).

Un Yo fuerte debe demostrar que sabe y puede usar exitosamente la defensa adecuada en cada situación. El caso del paciente que da las tres catexias positivas y ninguna negativa es menos patológico que el caso contrario, pues indica una carencia total de recursos defensivos.

Otro criterio para determinar la fortaleza de la identidad del Yo es un adecuado grado de arraigo o adhesión de sus identificaciones. Las sucesivas identificaciones proyectivas que el test le pide son seguras y las respectivas racionalizaciones evidencian coherencia entre los atributos acordados al objeto en la fantasía del paciente y los que posee en la realidad objetiva. Esto último indica que el Yo está bien adaptado a la realidad.

Un Yo débil efectúa identificaciones débiles o lábiles, cambia de idea o da respuestas alternativas, por lo que hay que solicitarle

que elija lo que más lo convence o prefiere. Se aferra rígidamente a una determinada elección o no hay concordancia entre los atributos acordados al objeto en su fantasía y los que se dan en la realidad objetiva.

Algunos pacientes hacen elecciones valiosas como símbolos desiderativos pero en la racionalización correspondiente hacen una descripción pobre o reparan en rasgos secundarios del objeto elegido. Por ejemplo: "Me gustaría ser un ave Fénix porque sería algo raro." En esta elección el paciente repara en lo exótico del animal elegido, seguramente busca destacarse, evita caer en lugares comunes, pero no toma en cuenta lo más importante, que hace que un ave Fénix no se confunda nunca con ningún otro animal exótico: el ser símbolo de la vida que renace de entre las cenizas de la muerte. En su racionalización este paciente ni siquiera justifica el porqué de su elección de animal, dado que ese "algo raro" puede hallarlo en la categoría de los vegetales y de los seres inanimados. Por lo tanto se trata de una identificación proyectiva totalmente débil, superficial. Con todo, cabe reconocer algo en favor del paciente aunque sea a título de pronóstico: si eligió un símbolo tan rico en significado, es probable que existan aspectos latentes de su identidad totalmente escotomizados y "desperdiciados" que pueden emerger hasta integrarse con la identidad manifiesta del paciente, enriqueciéndola.

Tomemos otro ejemplo para ilustrar el caso de elecciones alternativas: "Me gustaría ser un pájaro por la libertad que tiene; también un chimpancé por la inteligencia; un perro también porque se lo considera un fiel amigo del hombre." La debilidad del Yo en este paciente la inferimos de la incapacidad para centrarse en la identificación con un objeto total. Un recurso para saber si el paciente se siente capaz de dar ese paso adelante, es preguntarle cuál de esas elecciones (en este caso animales) lo convence más, es decir, por cuál optaría si sólo pudiera ser uno de los que mencionó. Si logra decidir en favor de uno, debemos tomarlo como un índice favorable. Si no, se confirma nuestro diagnóstico acerca de una identidad débil y fragmentada.

Veamos ahora un ejemplo de elecciones caracterizadas por su rigidez: "Quiero ser un león. Si no puedo ser un león no quiero ser nada más." En este caso la identificación proyectiva se ha efectuado sin rodeos, sin dudas, sin confusión. Pero el paciente adhiere a ella sin poder elegir nada más. El mecanismo

de identificación proyectiva ha quedado bloqueado, con la consiguiente solidificación de la identidad. En otros casos hallaremos bloqueo en la expresión desiderativa o racionalización. Por ejemplo: 1+ "Me gustaría ser un pájaro porque me gustan", 2+ "Me gustaría ser una rosa porque me gustan", 3+ "Un reloj porque me gusta". Todas las racionalizaciones consistentes en: "me gusta", "porque sí", "porque es lindo", evidencian la debilidad de la identificación proyectiva que ha realizado el paciente, ratificada por la rigidez de la racionalización.

Examinaremos ahora otro criterio que también es útil para el estudio de la identidad tal como aparece en el desiderativo. La consigna incluye la expresión: "Qué es lo que más le gustaría ser", con lo cual el propio examinador induce al paciente a recurrir a otro mecanismo defensivo: la idealización.

Examinando el grado de la idealización tendremos otro indicador de la fortaleza o debilidad del Yo del paciente. Entendemos aquí por idealización la carga de omnipotencia respecto de la bondad con que se reviste al objeto aceptado. A mayor monto de idealización, menor fortaleza del Yo.

En casos extremos, el paciente recurre a la elección de objetos que poseen en grado sumo un determinado atributo que le otorga fuerza, poder, dominio o seducción sobre los otros, situación que aparece como la más valorizada por él.

La segunda parte de la consigna interroga acerca de lo que menos le gustaría ser. Induce, por lo tanto, al uso de otro mecanismo: la peyorativización. Examinando el monto de esta última, tendremos otro indicador (complementario del anterior) de la fortaleza o de la debilidad del Yo. El monto de la peyorativización está dado por la carga de omnipotencia respecto de la maldad que se atribuye a los objetos rechazados. A mayor monto de ésta, menor fortaleza del Yo. El paciente, en casos extremos, efectúa elecciones de objetos que poseen un determinado atributo en grado sumo, el cual les otorga fuerza, dominio, poder o seducción con un matiz destructivo, sumiso o amenazador y que él revaloriza por lo persecutorio, es decir, le adjudica el valor de una catexia negativa.

Veamos un ejemplo: 1 - "Rata. Le tengo tanto asco [gesto de repugnancia]. También terror. Me impresiona el solo hecho de verlas, son tan inmundas y además viven en cloacas. Me da impresión de pensar."

De la distancia entre el grado de idealización y el grado de peyorativización, inferimos que: a mayor distancia, menor fortaleza del Yo. Por ejemplo: 1+ "Baobab, porque es fuerte, nadie lo puede destruir", y 1- "Yuyo, porque lo pisa todo el mundo".

La aparición de elementos rechazados en las catexias positivas y de elementos aceptados en las negativas indica una falla en la discriminación entre lo idealizado y lo persecutorio. Si a pesar de la indiscriminación aparecen elecciones claramente idealizadas o peyorativizadas, podremos aplicar los criterios expuestos más arriba añadiendo algo más: quizá podamos discriminar la intensidad del estado confusional o la utilización de defensas obsesivas. Una respuesta que ejemplifica aproximadamente el primer caso es la siguiente: "¿Si no fuera persona?, no... sí... algo lindo... pero no... un perro... pero no, porque muerden, a mí me gustaría seguir siendo persona... no se me ocurre, algo fuerte, un león porque es fuerte, pero todos le huyen"... Trataremos de ejemplificar ahora el segundo caso, la respuesta como producto de una duda obsesiva: "Me gustaría ser una planta carnívora, porque es rara, claro que es muy dañina, pero llama la atención a todos, despierta incredulidad y admiración, pero también inspira rechazo." Otro ejemplo es el siguiente: "No quiero ser un chanchito porque es sucio, claro que la carne es muy preciada, pero da asco ver cómo vive y lo que come, el cuero también es útil y valioso, pero es un animal asqueroso."

Además de lo que el paciente verbalice, su expresión, el tono de su voz, el ritmo con que hable, etc., nos darán elementos para decidir si se trata de un estado confusional o de defensas de tipo obsesivo mal instrumentadas o no exitosas.

La estructura del objeto elegido como símbolo desiderativo y los rasgos del mismo enfatizados por el paciente en la expresión desiderativa nos permiten inferir datos que se refieren tanto a la fortaleza del Yo como a la imagen del propio esquema corporal.

No es lo mismo que dentro de la categoría "animales" el paciente elija ser "una tortuga" o "una jirafa", "un pez" o "un ave", "un loro" o "un ave del paraíso", "una gallina" o "un faisán". Al margen de la racionalización que acompañe a cada una de estas elecciones, del símbolo desiderativo se desprenden características distintivas en cuanto a elegancia, fealdad, torpeza, agilidad, tamaño, posesión o carencia de defensas naturales, grados

de inteligencia según su ubicación en la escala zoológica, habilidad para defenderse de los otros, independencia para procurarse alimento y abrigo, costumbres más llamativas, etcétera.

Dentro de la categoría correspondiente a "vegetales", es significativo que el paciente elija ser una orquídea (flor de lujo y delicada) o una flor silvestre, una planta que da flores o un helecho, una rosa (generalmente asociada con femineidad) o una cala (que es morfológicamente bisexual). No resulta igual que elija un nardo (flor de muertos) o una margarita (asociada a la suerte en el amor), un "sauce llorón" (que transmite la imagen de un melancólico decaimiento) o un álamo elegante. La elección de "enredadera" y de plantas parásitas son un claro índice de un Yo débil, de un estilo de vida dependiente, de una relación objetal en la que el vínculo consiste en buscar a otro para apoyarse o parasitarlo, así como también es índice de un esquema corporal sentido por el propio paciente como débil o necesitado de apoyo, por carecer del suficiente soporte vital. Elecciones tales como "clavel del aire" o "camalote" evidencian el deseo de evitar toda relación que suponga arraigo. Desde el punto de vista de la relación objetal entrañan un temor a establecer un vínculo de dependencia con otros y la fantasía de autoabastecimiento. Según el panorama que brinde el resto del protocolo y la historia del caso, la elección del "camalote" puede indicar también cierta endéblez de la personalidad que hace que se deje llevar "para donde va la corriente". La racionalización que la acompañe también será, desde luego, un elemento valioso para interpretar esta catexia.

Dentro de la categoría "objetos" un paciente puede elegir ser "una piedra porque no se gasta" y otros "una tiza" o "un cigarrillo" o "un lápiz" porque se consumen rápidamente. Es muy distinto que se elija ser "un diamante porque es duro" o "arcilla porque es maleable", o "cristal" (apariencia dura pero expuesto a quedar convertido en astillas al mínimo golpe). Tomando este último ejemplo diríamos que en el primer caso se trata de un Yo que aparenta fortaleza y que también es internamente fuerte (por lo menos en esta catexia). En el segundo se trata de un Yo internamente débil y que también se muestra manifiestamente débil. En el tercero, en cambio, el Yo trata de aparecer como duro y fuerte pero es tan débil que no puede soportar el mínimo embate, y por falta de plasticidad para adaptarse a situaciones distintas queda totalmente fragmentado (*splitting*).

Otro criterio es considerar el atributo del objeto enfatizado en la racionalización correspondiente. Esto constituye un índice acerca del área sobrestimada (en las catexias positivas) y subestimadas (en las catexias negativas) por el paciente.

— Veamos algunos ejemplos:

1+ “Querría ser un animal inteligente, un chimpancé, que aprende cosas que a veces sorprenden.”

2+ “Una flor, un pensamiento, me gustan por el colorido.”

3+ “Un libro famoso porque todos me leerían.”

Omitimos las catexias negativas para simplificar nuestra labor. En este ejemplo resulta evidente que el paciente sobrestima todo lo relacionado con lo mental. Elige un animal pero con la condición de mantener la característica humana que más valora y no quiere perder: la inteligencia, la facultad de pensar. Elige algo vegetal, una flor que, por su denominación, alude coherentemente al aspecto valorizado en la elección anterior: el pensamiento. En la elección de algo inanimado se mantiene dentro del contexto de las elecciones anteriores: un objeto que sirve como portador de la cultura, algo que sirve para hacer pensar a la gente.

Otro ejemplo:

1+ “Un gato, porque es suave, siempre lo acarician y lo tienen en la falda, un perrito faldero también podría ser.”

2+ “Me gustaría ser una rosa porque es suave, tersa, tiene lindo perfume y lindos colores.”

3+ “Un vestido, porque estaría siempre sobre el cuerpo de alguien y andaría de un lado a otro como si tuviera vida, estaría muy cerca de alguien.”

En este caso predomina lo relacionado con lo corporal y lo sensual.

Otro ejemplo:

1+ “Me gustaría ser un perro porque es compañero del hombre.”

2+ “Una flor cualquiera, flores multicolores, alegres para alegrar la vista de los que vivan en esa casa.”

3+ “Un reloj, porque todos necesitan controlar el tiempo, todos apreciarían mi trabajo, sobre todo si fuera un buen reloj.”

En este caso el énfasis recae en la posibilidad de mantener contacto con los otros, es decir, en el ámbito de las relaciones con el mundo externo.

Si estudiamos el orden en que aparecen las elecciones podremos ver también cómo se metamorfosea el Yo en relación con su esquema corporal.

Veamos algunos ejemplos:

1+ "Ser un león porque es fuerte y sabe defenderse."

2+ "Una rosa es linda, suave, pero también sabe protegerse con las espinas."

3+ "Arena porque está junto al mar."

Si tomamos en cuenta la secuencia, vemos que el paciente comienza eligiendo algo fuerte y acaba con algo desintegrado. Si tomamos en cuenta la racionalización respectiva, observamos el mismo proceso: elige el león precisamente por la fuerza y la posibilidad de autodefensa y acaba eligiendo "arena" simplemente por su proximidad respecto de otro que sí posee una fuerza en el plano de lo inanimado (el mar).

Veamos ahora otro ejemplo:

1+ "Elegiría ser un gusano porque si ve peligro puede meterse bajo la tierra."

2+ "Una amapola por el colorido alegre que tiene."

3+ "Una casa grande y fuerte, de material, con techos de tejas y ventanas amplias."

La secuencia de este ejemplo es opuesta a la del ejemplo anterior. El paciente comienza por elegir algo tan insignificante y débil como un gusano, y termina identificándose con una casa fuerte y grande. Es evidente la sensación de afianzamiento, expansión y mayor fortaleza que se desprende de la lectura de la secuencia.

Este panorama debe completarse y correlacionarse con el que brinden las secuencias negativas. Puede ocurrir que se repita el mismo tipo de secuencia o que se dé el tipo inverso. El aumento del grado de fortaleza y/oica desde la primera hasta la tercera catexia positiva está en relación con la disminución de la ansiedad persecutoria movilizadora por la consigna. Eso es lo que esperamos que suceda en una persona "normal". En los ejemplos anteriores, el paciente que comienza eligiendo ser león y termina eligiendo arena ha experimentado un grado elevado de ansiedad persecutoria que pudo controlar en la primera y segunda catexia pero que invadió su Yo en la tercera, al punto de identificarse con algo poco cohesionado. En el ejemplo siguiente, en cambio,

la ansiedad persecutoria también fue grande, pero el Yo de este paciente logró reorganizarse al llegar a la tercera catexia.

El aumento o disminución de la ansiedad persecutoria en cada catexia también depende del nivel o aspecto a recuperar (en las catexias positivas) o a perder (en las catexias negativas). Así, cuando en el test avanzamos desde la primera catexia hacia la segunda, el paciente siente cada vez más restringido el espectro de posibilidades de elección. Por otra parte, se siente obligado a elegir algo (como aceptado o como rechazado), para cumplir con la consigna. En pacientes con un Yo débil, es inevitable el incremento de la ansiedad persecutoria que se traduce como una sensación de acorralamiento. En estos casos el modelo de secuencia (más usual) sería: en 1+ un grado intermedio de ansiedad persecutoria (AP) que se va incrementando hacia 3+, luego disminuye en 1- y vuelve a aumentar hacia 3- (Tipo 1).

Si se trata de un Yo más fuerte esperamos que la secuencia sea: en 1+ un grado intermedio de AP que disminuye hacia 3+, luego aumenta algo en 1- y vuelve a disminuir en 3-. Esto se explica porque un Yo plástico y fuerte es capaz de reorganizarse y sobreponerse al impacto recibido (Tipo 2).

Se puede dar el caso de que la ansiedad persecutoria descienda de 1+ hacia 3+ y que se mantenga en ese nivel en 1- pero vuelva a aumentar hacia 3- (Tipo 3). Diremos entonces que los aspectos más temidos del mundo interno de este paciente van surgiendo hacia el final del test, posiblemente asociados con la muerte, tal como se da en protocolos que terminan de la siguiente manera: "No quiero ser madera porque me trasformaría en un ataúd".

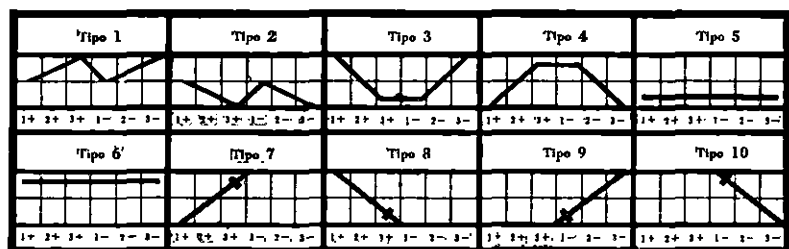
Otro panorama es el que ofrecen protocolos en que la ansiedad persecutoria comienza siendo de un nivel bajo, aumenta hacia 3+, sigue siendo elevada en 1- y comienza a disminuir hacia 3- (Tipo 4). En estos casos parece que el paciente hubiera expresado su mejor defensa ante la ansiedad persecutoria en 1+ y que a partir de allí tuviera que hacer grandes esfuerzos para sortear las dificultades que el test le antepone, hecho que incrementa su ansiedad persecutoria hasta el momento en que comienza a percibir (por aprendizaje del número de catexias) que el mismo va llegando a su fin. También podríamos explicar estas distintas curvas de distribución de AP atribuyéndolas a dis-

tintos ritmos incorporativos (catexias positivas, lo que desea conservar) y evacuativos (lo que desea perder en las negativas).

Otro caso es el de los protocolos en los que la curva de distribución se transforma prácticamente en una línea recta, porque el nivel de AP se mantiene constante, sea bajo o alto (Tipos 5 y 6). Si el nivel constante es bajo, esta casi ausencia de AP debe ser considerada como patológica y producida por una negación maníaca de la seriedad de la situación del test o por otro tipo de procesos patológicos transitorios o permanentes (por ej. debilidad mental). En cambio, el mantenimiento constante de un nivel alto de AP indica la carencia total de mecanismos que la controlen y un estado de crisis de tipo paranoide. En tales casos conviene averiguar si el paciente no estará atravesando un momento existencial en el que la muerte (propia o de una figura significativa) sea una fantasía cuya materialización pueda ser cercana en el tiempo. Si se trata de un niño, un adolescente o un adulto gravemente enfermo o de ancianos, la posibilidad de negar la muerte real y manejarse sólo con la fantasía de muerte es remota. En la mayoría de estos casos es imposible tomar este test, y si se logra administrarlo, es probable que se obtenga un protocolo del tipo 6. Las excepciones pertenecerán sin duda a personas que han podido elaborar bien los duelos con que la vida los ha enfrentado, han podido sacar provecho de los aspectos reparadores de la existencia, aceptando la muerte como el corolario de la vida y no como un ataque solapado para cercenar proyectos, fantasías e ilusiones aún no logradas.

La curva de distribución de la AP en los protocolos que presentan sólo catexias positivas o negativas (protocolos coartados), puede adoptar cuatro formas: Si sólo hay catexias positivas, la AP puede ser leve en 1+ e incrementarse en 3+ hasta tal punto que el paciente no puede continuar con el test (Tipo 7); puede comenzar en 1+ con un elevado grado de AP que va descendiendo hacia 3+ y el test se interrumpe allí por el intenso temor a enfrentar lo peligroso de su mundo interno (Tipo 8). Si sólo hay catexias negativas pensamos que la AP ha sido máxima al obligar al paciente a defenderse de ella, pero no ha podido y el protocolo comienza recién en 1—. Puede ocurrir entonces que las fantasías evacuativas lo ayuden a desembarazarse de lo peligroso, el nivel de AP descienda notablemente y se incremente otra vez hacia 3—, cuando el paciente percibe que se lo obliga a seguir

descubriendo aspectos peligrosos (Tipo 9). Pero también puede suceder que en 1— evacue masivamente todo lo peligroso y se alivie, por lo cual el nivel de AP será alto en 1— y descenderá hacia 3— (Tipo 10).



Perfiles de distribución de AP

Respecto de la elaboración de duelos hay otro indicador sumamente valioso: cómo el Yo recupera las pérdidas a que el test lo somete. La consigna actúa como disparador que moviliza ansiedades. La ansiedad es fundamentalmente frente a la situación de muerte (fantaseada) planteada por el test. Caben, pues, dos posibilidades: a) que afloren predominantemente ansiedad y culpa persecutorias; b) que afloren predominantemente ansiedad y culpa depresivas.

Cuando el paciente siente la situación de test como un ataque al Yo aflora ansiedad persecutoria. Aceptar dicha situación le preocupa por lo que él mismo ha buscado que le sobrevenga a su Yo durante la prueba: aceptar la consigna es entonces aceptar en fantasía la muerte de sus aspectos yoicos.

De esta manera, en determinados pacientes surge la ansiedad persecutoria (el paciente se siente atacado por el test) y la culpa persecutoria concomitante (por lo que él le hace a su Yo al aceptar hacer el test: que ataquen su Yo, con la consiguiente pérdida de sus aspectos yoicos).

En algunos casos el paciente escucha la consigna, la internaliza pero no logra sobreponerse a la muerte de tales aspectos. Las pérdidas sucesivas a que el test lo somete le resultan irremisibles.

Siente que su Yo se va empobreciendo hasta llegar, en algunos casos, al aniquilamiento total. A nivel transferencial siente que el psicólogo le ha tendido una celada y que él ha caído en ella quedando totalmente vacío (muerto). Todo este panorama supone un Yo muy débil.

En otros casos, el paciente logra sobreponerse al impacto, pero al realizar cada identificación proyectiva siente que va restituyendo al Yo determinados aspectos (los especificados en cada catexia). Por eso, si el Yo reintroyecta masivamente todo lo que perdió al aceptar la consigna, surgen protocolos en los que cada elección resalta múltiples aspectos de un mismo objeto o elecciones alternativas (como las que ejemplificamos a propósito de la falla en el mecanismo de la disociación entre lo idealizado y lo peyorativizado).

Esta vivencia de la posibilidad de restituir al Yo ciertos aspectos (los más valiosos, en las catexias positivas) y librarlo de otros (los más dañinos, en las negativas) alivia la culpa persecutoria que el paciente ha experimentado al iniciar el test. Siente que tiene una oportunidad de recuperar lo perdido y atenúa la imagen persecutoria del psicólogo quien, al permitirle recuperar algo de sí, le devuelve lo que es suyo.

Una menor integridad y fortaleza de la identidad yoica y escasa o nula capacidad para elaborar duelos son características leves o intensamente patológicas, según el caso.

Cuando el paciente ofrece otro tipo de constelación dinámica siente la consigna, no ya como un ataque al Yo, sino como un ataque al vínculo que ha establecido con sus objetos (internos y externos). Dejar de ser persona, que es lo que la consigna le pide, significa para él perder todo contacto con esos objetos. Esto es lo que puede movilizar ansiedad y culpa depresivas. Aceptar el test, es como aceptar que tales vínculos queden perdidos (aunque sólo sea momentáneamente y en la fantasía). Puede entonces ocurrir que el paciente no sepa cómo recuperar los objetos y restablecer el vínculo que tenía con ellos. En tal caso, luego de meditar puede que responda: "No, si no puedo ser persona no me gustaría ser nada." Esta respuesta, dentro de este contexto, indica que se trata de un Yo débil que teme perder la actual relación de objeto que, aunque frágil, le parece segura. Es como si fantasear otras identidades distintas de la humana implicara inferir un daño irreparable a sus objetos queridos. El psicólogo es entonces vivido

como el que pone en grave riesgo la supervivencia de sus actuales relaciones de objetos.

Un Yo más fuerte siente que, a pesar de aceptar la situación planteada por la consigna, puede preservar sus objetos y defenderlos de los ataques destructivos de la misma (y del psicólogo). Optará entonces por elecciones desiderativas que tiendan a restablecer dichas relaciones de objeto, centradas ahora en una nueva identidad, no humana sino equivalente a ella. A nivel transferencial el psicólogo pone a prueba su capacidad para establecer y mantener sus actuales relaciones objetales sin llegar a dañar su Yo ni destruir sus objetos internos.

La presencia de culpa depresiva pone de manifiesto una mayor (u óptima) posibilidad de elaborar bien los microduelos que el test le impone y una mayor fortaleza e integridad de la identidad.

Resulta significativa la siguiente modalidad en la respuesta. Si el paciente dice: "Me gustaría ser un perro porque *me* cuidarían" o "un perro porque *lo* cuidarían". En el primer caso no hay distancia entre el Yo que está fantaseando la metamorfosis de la identidad y la seudoidentidad elegida, y tal pérdida de distancia tiene mucho que ver con el incremento de la ansiedad persecutoria. En cambio, una verbalización del segundo tipo (ej.: "Me gustaría ser un perro porque lo bañan, lo cuidan, le hacen una cucha y a veces llegan a quererlo tanto que lo consideran uno más de la familia") está centrada en el objeto como paso previo para la aceptación de la identificación proyectiva del mismo. Hay una mayor distancia entre el Yo que fantasea la metamorfosis y la seudoidentidad adquirida al emitir la catexia.

Un elemento muy importante que hace al diagnóstico y pronóstico de la fortaleza o debilidad de la identidad del paciente, son sus posibilidades de cambio. También en este sentido el desiderativo brinda un material muy rico.

Definimos como índice favorable al respecto, la presencia de catexias positivas que impliquen un movimiento interno en el sentido de un desarrollo hacia la integración. La expansión, el mejoramiento de condiciones actuales, la reestructuración positiva y la producción de elementos que supongan trascender la propia existencia y realizarse (hijos, obras, etc.), superar la existencia individual sin renunciaciones altruistas (empobrecimientos de la propia identidad a expensas de la cual otros podrían obtener beneficios).

Algunos criterios para explorar este punto pueden ser los siguientes:

1º) Presencia de elecciones adecuadas a la definición antes detallada, ratificadas por una racionalización que explicita los elementos allí incluidos como positivos. Esto constituye un indicador de posibilidades actuales y futuras de cambios esenciales vividos como enriquecedores.

2º) Presencia de elecciones conforme al criterio anterior pero cuya racionalización es pobre, inadecuada o hasta contradictoria con los rasgos esenciales de lo elegido. En estos casos, la riqueza del símbolo elegido no basta y puede atribuirse al paciente sólo a título de bagaje potencial, cuyo desarrollo parece estar bloqueado o interferido por otros factores.

3º) Presencia de elecciones que implican un movimiento aparente pero que no suponen cambio interno. Alusiones a movimientos del tipo "calesita" o "trompo" no suponen predisposición al cambio, sino permanencia en el *statu quo*. Son elecciones encubridoras.

4º) El tipo de cambio implicado en las respuestas puede referirse a aspectos nucleares o superficiales del Yo. ("Árbol frutal porque crece, da frutos, da sombra, es útil", alude a la posibilidad de cambios nucleares. "Una casa, me pintarían, me arreglarían", alude a cambios más superficiales.)

5º) La dirección del cambio se puede detectar fácilmente. El paciente puede elegir símbolos que ejercen efectos modificadores hacia afuera (aloplástico) o símbolos que reciben influencias modificadoras y las absorben (egoplástico). Esto es un índice para diagnosticar si se trata de un Yo promotor de cambios intra y extrapsíquicos o de un Yo pasivo receptor de influencias externas ("Ser árbol frutal que da sombra, frutos, etc." es un ejemplo de lo primero, en tanto que: "Una casa porque me arreglan, me pintan" o "Una silla porque se sientan encima", son ejemplos del segundo caso).

6º) La calidad del cambio implícito es otro elemento importante. El paciente puede hacer elecciones que supongan cambios reparadores y gratificantes o peligrosos y destructivos. Esto nos indicará si el paciente siente el cambio como algo que lo acerca a la muerte, que lo pone en real peligro de muerte o locura (como ocurre en los *borderline*) o como una defensa frente

a la muerte en el sentido de permitirle un mayor afianzamiento del impulso de vida.

7º) La fantasía básica respecto del cambio es un elemento fundamental, no excluyente respecto de los criterios antes mencionados, que puede inferirse haciendo una síntesis de los criterios 1, 4, 5 y 6. En este criterio consideramos qué significa para cada paciente cambiar, qué es lo que hay que cambiar, cuáles son las consecuencias que acarrea el cambio, cuál es el precio que hay que pagar.

8º) Otro criterio surge de comparar las posibilidades de cambio expresadas en el test con el momento evolutivo por el que atraviesa el paciente. En este sentido es dable esperar menos alusiones a cambios cuando el paciente atraviesa por periodos críticos de su vida. Por esta razón es tan importante realizar el diagnóstico no sólo tomando en cuenta todas las catexias y el resto de la batería administrada, sino también cotejando esta producción con la edad y la situación vital particular.

Fantasías de muerte en el

Test desiderativo

Hebe Friedenthal y M. L. S. de Ocampo

La versión del Test desiderativo que empleamos para este trabajo corresponde a una modificación que el profesor Jaime Bernstein, de Buenos Aires, hizo del test original de los psiquiatras Pigem y Córdoba, de Barcelona. Estos preguntan al sujeto: "¿Qué desearía ser usted si tuviera que volver a este mundo no pudiendo ser persona? Puede usted ser lo que quiera. De todo lo que existe elija lo que desee. ¿Qué le gustaría ser?"

Sobre una idea del psicólogo holandés Van Krevelen, quien adaptó el test para niños, agregando la pregunta: "¿Qué es lo que menos te gustaría ser?", Bernstein estructuró un cuestionario de seis preguntas destinadas a recoger tres elecciones y tres rechazos: "¿Qué es lo que más le gustaría ser si no pudiera ser persona?" (1ª elección). Ni persona ni... (animal, planta y objeto, según lo elegido en la primera elección: 2ª elección). Ni persona ni... (descarte de las dos categorías correspondientes a las dos elecciones anteriores: 3ª elección). Del mismo modo, y con signo inverso, se eligen los tres elementos rechazados. Cada elección se acompaña de su explicación respectiva. La consigna utilizada para niños pequeños no varía sustancialmente en cuanto a la manera de organizar las elecciones positivas y negativas, excepto en la formulación de la misma que sustituye "persona" por "nena

Este trabajo fue presentado por las autoras al II Congreso Argentino de Psicología, realizado en San Luis, Rep. Arg., 1965 y se publica sin modificaciones sustanciales por considerar que lo expresado en aquel entonces tiene plena vigencia.

o chica" o "nene o chico" según el sexo del pequeño paciente y las preferencias del psicólogo.

La consigna original "¿Qué descaría ser usted si tuviera que volver a este mundo no pudiendo ser persona..." fue sustituida por la pregunta: "¿Qué es lo que más le gustaría ser no pudiendo ser persona?", como forma de atenuar el impacto de la expresión "si tuviera que volver a este mundo", que alude explícitamente a la muerte.

Sin embargo, la pregunta corregida sugiere igualmente al sujeto que se aniquile imaginativamente como persona, para pensarse como otro ser no-humano. Implícitamente, para realizar el test, tiene que imaginarse muerto. Por esto, consideramos que el test desiderativo constituye un instrumento indicado para explorar la angustia, fantasías y defensas en torno de la muerte. Si bien pueden explorarse además otras fantasías en el rico material que brinda esta prueba, en nuestra exposición nos centraremos en las relaciones con la muerte.

La alusión a la muerte en la consigna puede provocar diversas reacciones: una inhibición para responder, una paralización o bloqueo, una micro-muerte en el examinado: "No puedo imaginarme —dice—, no puedo pensar". Hay sujetos muy rígidos, con gran temor a la muerte y paralización de la identificación proyectiva, que no pueden realizar este test, aunque sí otros de la batería. Otra reacción es negar parte de la consigna: frente a la angustia por la pérdida imaginaria de la existencia implicada en la consigna ("si no pudiera ser persona"), reacciona contestando "hombre", "mujer" (sexo opuesto), "rico" (atributo humano), "superhombre" (ser antropomórfico), como si se le hubiera preguntado "¿qué es lo que más le gustaría ser?"

En estas respuestas puede haber una elaboración maniaca a través de la elección de algo inmortal (superhombre) que sigue conservando características de vida humana, o de algo mucho más alejado de la muerte como es, en una defensa regresiva, elegir "un chico", retornar al comienzo de la vida. Otra reacción es aquella en la que se explicita la idea de muerte y la angustia que ésta provoca. Una joven de 17 años responde: "¡Ay, nada!", manifestando que ser persona es realmente ser nada. En la respuesta *nada* está la referencia a la muerte. A continuación estos sujetos se adaptan al pedido y elaboran la reacción expresando generalmente en la primera respuesta la alusión a la muerte. Esta misma

joven continúa: "Quisiera ser planta, *si me cuidan bien*". Otra mujer, de treinta años, exclama: "¡Las preguntas que usted me hace!" Y otra en su primera respuesta: "Un ser humano de nuevo porque vive, siente, qué sé yo, tiene vida" (m. 20 años). Otros pacientes no verbalizan el impacto, pero aluden a él en respuestas como "animal, perro, porque tiene vida"; o "papagayo, porque vivirá 150 años o más".

La mayor parte de los casos responden directamente al test sin comentarios sobre éste, y sin alusiones directas a la muerte.

Pero la estructura de la consigna, con su reiteración de preguntas, va acorralando al examinado al pedirle que deseche sucesivamente su identificación con el animal, o la planta, o el objeto, y lo somete a nuevas pérdidas, que son como nuevas muertes imaginarias. Si entonces no se impactó frente a la primera pregunta, reacciona frente a la última con una alusión a la muerte. Una mujer de 28 años da como última respuesta negativa: "No me gustaría ser madera para hacer un ataúd, porque tiene un fin triste". Es justamente el final del test, y el fin triste alude situacionalmente al test triste. Una niña muy enferma físicamente de 14 años, ya moribunda y a cuyo material luego nos referiremos, rechaza por último: "Ser un papel, porque se mueve y no soporta nada". Podría pensarse aquí en una identificación masiva con el papel en que la examinadora anota, y el papel es entonces ella misma que no soporta su angustia, su enfermedad mortal y en consecuencia el test. Una niña de diez años da como última respuesta que "no quisiera ser una ametralladora porque mata a la gente". La ametralladora es transferencialmente la examinadora, que la acribilla con sus preguntas matando imaginariamente sus identificaciones con gente. Estas alusiones transferenciales implican para el psicólogo una carga emocional suplementaria respecto de la que movilizan otros instrumentos.

Nuestra experiencia docente nos ha revelado que si el examinador no tiene *insight* de esta situación comete una serie de errores en la administración e interpretación del test.

Las sucesivas muertes que las preguntas del psicólogo hacen imaginar al paciente equivalen, en las respuestas de éste, a un orden de aspectos a matar, una escala de valoración desde lo que se anhela conservar ante todo (primera elección positiva) hasta lo que se anhela perder ante todo (primer rechazo). La primera elección corresponde a la fantasía que se tiene sobre qué es morir

o, en otras palabras, qué es lo más valioso que se pierde al perder la vida. Los valores pueden ser: *movimiento, actividad*: "quisiera ser un coche que corra" (v. 18 a.); *libertad*: pájaro, porque es libre" (muy frecuente); *rol sexual*: "rosa, flor bonita, significativa, símbolo del amor" (m. 26 a.); *hijos*: "árbol que da frutos" (muy frecuente); *conocimiento*: "libro, para que me lean, para enseñar" (frecuente); *valoración del cuerpo, de las sensaciones*: "rosa, porque tiene lindo olor", "cuadro para ser mirado", "cereza porque es rica", "azúcar porque es dulce"; *utilidad y reparación*: elección de muebles, herramientas; *poder*: fuerzas de la naturaleza, oro, armas, etcétera.

Estos valores que aparecen en el contenido manifiesto corresponden a fantasías relacionadas con el ideal del Yo y con aspectos valorizados del Yo real: lo que se desearía ser o tener, y lo que más se valoriza de lo que se es o se tiene. Representan la solución existencial frente a la muerte; el sentido que se le da a la vida. Los valores vitales se pueden aceptar y realizar, si se acepta que la vida tiene también conflictos. Una mujer de 20 años elige "un ser humano de nuevo, porque vive, *tiene problemas pero vive*, siente, qué sé yo, tiene vida". En cambio, el que se siente indefenso ante los conflictos anhela la muerte y se mata internamente con sus aspectos vitales. Un muchacho de 20 años dice: "Querría ser piedra entre otras piedras, porque así el frío, el agua y el calor no me molestarían". La alusión de piedra entre otras piedras responde a la necesidad de negar los aspectos aniquiladores, aniquilando otros (piedras) para evitar toda comparación con lo vivo. El frío, el agua y el calor representan las sensaciones y los afectos intolerables, que quiere matar dentro de sí. La culpa por los aspectos yoicos perdidos le hace agregar: "claro que uno no se puede mover" (y resuelve el conflicto mágicamente a través de una represión maníaca, poniéndose en manos de otro) "y además, siendo piedra, puede ser que la mano del hombre la tome y construya algo útil: un dique, un edificio". En el ejemplo anterior se quiere matar la propia vida, porque los estímulos vitales resultaban intolerables. Estos son casos de pacientes con personalidad esquizoide. Otros, melancólicos o depresivos, sienten que lo malo, lo intolerable, no es el estímulo proveniente del exterior, sino ellos mismos, como el muchacho de 14 años que dice: "Quiero ser una cerámica de barro porque se rompe y se hace polvo". Estas respuestas, desviaciones de las respuestas comunes según nuestra expe-

riencia, implican una mutilación de aspectos del Yo en las elecciones positivas, que se expresan en menor grado y forma más normal en los rechazos de las respuestas negativas comunes —que son los aspectos rechazados por el Yo y también por la sociedad. Aluden a la agresividad de carácter oral, anal, fálico o uretral, en símbolos como inodoro, tacho de basura, armas de fuego, reptiles, etc. Otros elementos rechazados son las alusiones al sexo, y en algunos casos al rol sexual, como la joven de 24 años que no desea ser silla “por la función de la silla”. En cambio, otra paciente de 20 años, que acepta su rol, dice: “Deseo ser diván, porque en última instancia se acostarían seres humanos”.

Veamos ahora fantasías de muerte, relacionadas no ya con la muerte activa y simbólica que hace el sujeto sobre su Yo, sino con la muerte inevitable y temida, la real. Frente a la muerte implicada en la consigna y que provoca ansiedad, el test proporciona una salida mágica, una realización de deseos: durante la prueba el sujeto puede fantasear que está superando a la muerte. La primera defensa favorecida por el test es entonces la negación omnipotente de la muerte hecha sobre la base de la disociación mente-cuerpo y de la conservación de uno de los elementos (ejemplo: “sería un espíritu” [v. 17 a.]). Un paciente de 18 años que cree en la reencarnación, quiere ser un “silfo: genio o espíritu del aire según los cabalistas, siempre en lo entero, en la armonía entera de la inteligencia, las manifestaciones del espíritu... estando libre del tiempo y del espacio, y del cuerpo material que es muy incómodo”. Otras veces se conserva lo corporal, en identificaciones con fuerzas de la naturaleza vistas como eternas: viento, aire, montaña, tierra.

Otra forma omnipotente de negar la muerte es identificarse con ella mediante la identificación con el agresor temido, destinado a encubrir cuán indefenso se siente el paciente: “Quisiera ser un león porque es fuerte” (muy frecuente), o “un animal monstruoso porque así no me matan fácilmente”, dice un niño de diez años que rechaza, en cambio, “ser una planta finita, delgada, porque la cortan fácilmente”.

Otra defensa es imaginarse como algo casi eterno: “pino, porque es imperecedero”; “papagayo porque vivirá cien años o más”; “helecho porque tiene sensación de nuevo, nunca se marchita”; “árbol porque es durable; un gran árbol milenario, histórico”; “un gran libro, para dejar testimonio”.

Otras veces a la fantasía de eternidad se agrega el anhelo de controlar omnipotentemente al mundo: una mujer elige "reloj, porque todos dependen de él"; un joven de 23 años "quisiera ser superhombre para abarcar un poco más de este mundo reducido en que uno vive". Añade al control la defensa maniaca del desprecio del mundo: la vida a perder; un varón de 19 años elige hormiga, porque podría estar en lugares donde una persona no puede pasar". En este ejemplo vemos cómo el control se incrementa hasta abarcar lo mínimo, posiblemente por fracaso de la defensa.

Otras veces se elige sacrificar una parte, defendiéndose activamente frente a lo que se teme sufrir pasivamente, y a la vez como castigo menor, o precio para seguir viviendo. La niña moribunda quiere ser "sauce llorón, al que se le caen todas las ramas" (es como si dijera que quedan el tronco y la raíz).

En las elecciones negativas aparecen varios mecanismos, principalmente el rechazo de la identificación con la muerte y la agresión concomitante: no quisiera ser "cualquier animal feroz, o revólver, porque matan" (muy frecuente); "no quisiera ser hiena porque es desagradable, se alimenta de desperdicios y cadáveres".

Otras veces se ve la sensación de impotencia frente a la muerte: "no quisiera ser cucaracha, porque es sucia, se arrastra, y se la puede reventar fácilmente" (v. 29 a.), "no quisiera ser vidrio porque es frágil" (m. 26 a.), "no quisiera ser planta débil, porque es de corta vida" (v. 16 a.). Un paciente paranoico dice: "no quisiera ser mosca porque te matan fácilmente, y sí montaña porque es alejada, me dejarían tranquilo, es una cosa grande, me los tragaría a ellos, no me podrían agarrar". Un varón de 10 años rechaza ser "hormiga, porque me tiran veneno y me muero, además me pisan; porque ya no puedo comer pollo ni papas fritas".

Por desplazamiento suelen rechazarse aspectos asociados con la muerte y la situación de ser enterrado: "no quisiera ser ataúd, es muy fúnebre, no sé por qué no me gustaría, no me agrada" (m. 27 a.), "no quisiera ser pasto, porque me pisan y me comen las hormigas" (v. 10 a.). Aquí, pasto y ataúd son desplazamientos al detalle de la situación de ser enterrado.

Cuanto más total es la fantasía de muerte —no ya desplazada a detalles— mayor es la sensación de pérdida de identidad que implica, y más intensa es la idea de quedar sometido, expuesto a los demás, a perder la identidad humana. "No quisiera ser agua

porque se transforma en vapor y hielo, y me usarían para beber sin pedirme permiso."

La elaboración exitosa es la que permite al examinado trascender en un objeto total, separado de él pero que él ha creado o puede crear: hijos, obras, etc. Un ejemplo es la elección frecuente: "árbol, porque da frutos". A veces también surge el miedo de no poder lograr esta separación. Una mujer de 28 años "no quisiera ser madera para ser un ataúd, porque tiene un fin triste".

Como ejemplo final señalaremos la elaboración de la muerte inminente en una niña de 12 años con cáncer de ovario. Elige primero "gallina, para comer carne, porque es rica la carne de gallina, para poner huevos". Aquí lo más importante sería ser absorbida por los demás como comida y seguir viviendo en ella y poner huevos para prolongarse en hijos. Es una identificación con una madre buena. En la segunda elección prefiere "un árbol, un sauce llorón, los que se les caen todas las ramas, porque son muy lindos, porque dan sombra". Vemos la depresión por su propia pérdida, seguida por negación e idealización: su sombra seguirá linda. La última elección es "mesa, para que almuercen sobre mí, para que me pintaran". Muestra su deseo de seguir con los vivos y ser reparada por ellos. Ante los rechazos dice: "un enfermo, porque no quisiera estar enferma". Aquí niega parte de la consigna, ante la angustia de no poder desprenderse de su situación personal, y a continuación aparecen fantasías de su enfermedad con rasgos orales: "no quisiera ser víbora porque pican y son muy venenosas", "palmeras porque son muy altas, tienen unas hojas que pinchan, a lo mejor se cortaría alguna rama", "serrucho porque se oxidaría, se rompería, se gastarían esas cosas que tiene, los dientes".

Índices diagnósticos y pronósticos en el Test desiderativo a partir del estudio de las defensas

María C. de Schust y Elsa Grassano

Introducción

La práctica clínica nos crea la necesidad de profundizar dentro del proceso psicodiagnóstico el estudio de los instrumentos proyectivos, con el fin de lograr una mayor sistematización de las respuestas a los mismos y establecer índices diagnósticos relacionados con entidades nosográficas.

Por otra parte, la actividad en instituciones asistenciales hace indispensable contar con tests proyectivos confiables y económicos en cuanto a su tiempo de aplicación.

En función de estas necesidades surgió la investigación sobre el test desiderativo, dado que éste ofrecía posibilidades diagnósticas y pronósticas no aprovechadas lo suficiente por la falta de categorización del material obtenido.

En este trabajo tomamos como vector de análisis las conductas defensivas y nos proponemos, a través de una sistematización de las respuestas, establecer índices diagnósticos, en relación con

Este trabajo forma parte de una investigación sobre el test desiderativo que organizó la Cátedra de Técnicas Proyectivas de la UNBA, año 1966. Profesor titular: Jaime Bernstein. Profesora adjunta: Lic. María L. S. de Ocampo. Se publicó con algunas variantes en la *Revista Argentina de Psicología*, año 1, n° 3, marzo de 1970.

las entidades nosográficas, y criterios pronósticos, según el grado de integración yoica.

Origen del trabajo

La dificultad para diagnosticar las defensas y el grado de integración del Yo en la interpretación clásica del test desiderativo nos llevó a desarrollar un abordaje distinto del mismo.

Comenzamos por considerar la producción desiderativa en el contexto vincular promovido por la consigna, en el siguiente sentido:

— La consigna pide al examinado de manera explícita y directa que renuncie a su identidad humana, y le brinda la posibilidad de asumir otras identidades no humanas.

Implícitamente lo enfrenta con la muerte, en especial con la propia muerte. El entrevistador es el portador de la muerte, el objeto del que proviene la amenaza.

Tomando en cuenta esta situación vincular, se nos hizo evidente que las dificultades para diagnosticar las defensas residían en que éstas no aparecen aisladas en el test, sino que toda la verbalización expresa la organización defensiva ante el ataque implícito en la consigna.

A través de las respuestas, verbales y corporales, que nos ofrece el examinado podemos observar el esfuerzo defensivo del Yo para recuperarse y absorber el impacto sufrido y su modalidad defensiva prevalente.

El Yo y sus objetos están amenazados de muerte en la situación de test; por lo tanto se movilizan recursos defensivos: el sujeto, a través de las catexias positivas, explicita las fantasías inconscientes de las defensas, describe simbólicamente su modo de evitar los peligros inherentes a la amenaza fantaseada.

Toda la verbalización de las catexias positivas contiene la fantasía inconsciente de la defensa; es como si el examinado respondiera: "cuando tengo miedo (y ahora lo tengo) hago tal cosa".

O sea, "frente al miedo (por sí mismo y por sus objetos), el Yo intenta reforzar determinados aspectos y evacuar otros, o profundizar o evitar el vínculo con determinados objetos".

La verbalización de las catexias negativas expresa:

- a) tanto la fantasía de lo que el Yo teme que le sucedería si no pudiera apelar a los recursos defensivos que mostró en las positivas;
- b) como las consecuencias negativas que tiene sobre su Yo el uso específico de esas defensas. Es decir, la percepción interna de qué aspectos instrumentales del Yo son cercenados por la defensa.

El nuevo abordaje nos reveló la eficacia de este test para el diagnóstico de las fantasías inconscientes defensivas predominantes en cada sujeto. .

A partir de esto confrontamos los diagnósticos obtenidos con los derivados de la aplicación de otros tests.

Posteriormente investigamos la relación entre modalidades de respuesta al test desiderativo y cuadros nosográficos. Esto nos permitió determinar cuáles son las características de los símbolos y de las racionalizaciones desiderativas en las organizaciones defensivas inherentes a cada cuadro, como veremos posteriormente.

Por otra parte el test desiderativo ofrece índices no sólo referibles a un cuadro psicopatológico sino también al grado de integración logrado por el Yo, pues nos da la posibilidad de ver las secuencias defensivas organizativas o desorganizativas. Los criterios utilizados a tal fin los desarrollaremos en el apartado sobre pronóstico.

Pensamos que el desiderativo ofrece otras posibilidades de investigación, que en este momento estamos desarrollando, tales como: diferencias de producción por edades y relación entre acontecimientos de la biografía de cada sujeto y la elección de símbolos condensadores, de éstos.

Cuadro	Defensas	Características de los símbolos positivos
<i>Esquizoides</i> Está acentuado: 1) El otro no está incluido explícitamente. 2) Son objetos alejados espacialmente de la tierra.	<i>Disociación</i> (Generalmente eligen primero objeto o vegetal.)	Elección de símbolos: 1) Alejados, <i>fijos</i>, inalcanzables, que pueden estar ubicados en la posición de "observar al mundo", desde arriba. Ej.: estrellas, sol, luna, satélites, etcétera. 2) Ideas abstractas. Máquinas electrónicas, computadoras, etcétera.
	<i>Megalomanía</i>	Mantiene las características de la defensa anterior en cuanto a alejados, inalcanzables, etc., pero están más acentuadas las características de omnipotentes e indestructibles. Predominan fantasías omnipotentes a nivel de pensamiento mágico (Dios, un Santo, un Hada, Superman, Batman).
	<i>Split masivo</i>	Faltan las características anteriores de lo distante e inalcanzable y la acentuación del <i>mirar</i>. Elección de objetos ya disgregados (por ej.: arena) o que puedan disgregarse (p. ej.: cristal).

Deprestos

- 1) El otro está explicitado en la verbalización.
- 2) Elección de objetos que están en contacto directo (físico) con personas.
- 3) *Tipo de vínculo*: acercándose al otro y apaciguándolo a través de mostrarle que el Yo sólo tiene amor y bondad.
- 4) Elección de objetos pasivos receptivos, cercanos pero sin movimiento (salvo cuando predominan defensas maníacas). (Por lo general eligen primero animales.)

Identificación proyectiva en el objeto interno

(Identificación introyectiva patológica.)

Defensa maníaca

Elección de objetos con movimiento. Caracterización de este movimiento; es un movimiento estable, permanente, para distraer al otro.

Elección de símbolos sobre la base de:

- a) Que están en contacto con o dentro de (personas o continentes para ser o porque así son: cuidados, protegidos, etc.).
- b) Que los objetos elegidos contienen dentro de sí aspectos buenos u objetos buenos.
- c) Que el símbolo elegido connota en sí mismo lo bueno, no agresivo, no dañino.

Elección de símbolos:

- 1) Porque o para: ayudar, alegrar, dar aspectos buenos y reparadores a otros. (Intentos omnipotentes de reparación.)
- 2) Porque es alegre, simpático, divertido.
- 3) Objetos en movimiento, que establecen muchos contactos, por ej.: *mariposa o picaflor*, que, además de la connotación histórica, implican un ritmo maniaco, o tocados, veleta, trompo, etc.).

Descompensación:

- 1) Lo grotesco, tipo payasada (por ej., el mono).
- 2) O molestos y zumbones (abeja, insectos, moscas). Predomina el movimiento de revoleo alrededor del otro, mareándolo, confundiendo y depositándole la atención.

Quadro	Defensa	Características de los símbolos positivos
<i>Obsesivos</i> 1) El otro está presente. 2) Eligen lo útil, ordenado, limpio, honesto y sin agresión. 3) Son objetos que sirven como instrumentos para que los use otro a los fines de la reparación: "Lo usable". 4) Objetos sin movimiento. 5) Baja proporción de afectos.	<i>Aislamiento</i> <i>Anulación</i>	Se detecta por la calidad de toda la producción: predomina el bloqueo afectivo y de la capacidad de fantasear. Son descriptivos, pero, a diferencia de la represión, son elecciones de bajo nivel simbólico. Máquinas, objetos alejados pero encerrados e inmóviles (no predomina el mirar esquizoide sino "el ser usado por"). 1) Los mismos símbolos dados en las positivas son rechazados luego en las negativas. 2) En una misma catexia positiva se dan varias posibilidades: ser esto o lo otro, pero sin desarrollar la fantasía desiderativa. Debido al ataque de la capacidad de síntesis no puede elegir un símbolo definido y desarrollarlo.
	<i>Formación reactiva</i>	En primer término: 1) Animales o vegetales, domésticos, quietos, que brindan utilidad al otro, siendo usados como instrumento. 2) Que son buenos, suaves, no dañinos. 3) Dificiles de desorganizar: "Son siempre de una determinada manera."

- 1) Objetos en movimiento de alejamiento del otro o de enfrentamiento valiente.

hacia
movimiento < desde

- 2) Acentúan el movimiento autónomo.

- 3) Generalmente prefieren objetos o animales y no vegetales por lo estáticos y arraigados a la tierra.

Elecciones porque o para:

- 1) Alejarse, moverse, estar en libertad, ir donde se quiere, etc.
- 2) En función de vida tranquila, sin peligros.

Por ej.: 1) y 2) "golondrina, porque puede estar donde más le gusta. Son inteligentes y saben elegir el clima. Están siempre serenas, saben que si algo no les gusta pueden buscar otra cosa".

Objetos que son: valientes, arriesgados, fuertes. Se defienden y enfrentan los peligros (a diferencia de la psicopatía).

- a) El acento está puesto en la posibilidad de enfrentar solos y sin miedo el peligro, y no tanto en meter el miedo a un tercero, y b) hay una mayor congruencia entre el símbolo y lo simbolizado y mayor ajuste al encuadre.

Ejemplo de A) evitación y B) contrafobia.

A) Me gustaría ser barco porque podría recorrer lugares, ir de un lugar a otro buscando siempre el que me resultara más tranquilo, y

B) además porque podría enfrentar tempestades, bueno, me gustaría ser un barco grande

Cuadro	Defensas	Características de los símbolos positivos
Histeria 1) El otro está presente. 2) Vínculo: el otro es un espectador deslumbrado. Aparece recibiendo un impacto estético. 3) Son elecciones que resultan las características formales, el color y el movimiento expresivo.	Represión <i>Conversión</i> Seducción	1) Se detecta a través de toda la producción como dificultad para desarrollar la fantasía desiderativa. 2) A diferencia del aislamiento son elecciones con alto nivel simbólico que implican alto grado de condensación. Por ej.: estrella de mar o libélula, porque me gusta, o porque es linda. Elección de símbolos que implican: 1) Movimiento, color o forma agradables para ser vistos por el otro y provocar en él un impacto estético (para gustar, porque son lindos, atractivos, etcétera.) Esta necesidad puede aparecer: 1) explicitada en la catexia, por ej., verbalizando y descubriendo la forma, color, movimiento del objeto elegido y la reacción del otro frente a éste, o la finalidad (para ser admirado, mirado, elogiado, etc.); o 2) no explicitada pero contenida implícitamente en el símbolo elegido. Por ej.: estrella de mar, mariposa, libélula, etc., porque me gusta, porque es linda. La posibilidad

de explicitación o no del deseo de ser administrado a las características del movimiento expresivo del objeto, nos permitiría detectar el interjuego entre seducción y represión.

A mayor represión, menor posibilidad de verbalización de lo atingente a movimientos corporales que quedan solo contenidos implícitamente en el símbolo.

Identificación proyectiva evacuativa o inductora

Psicopatía

- 1) Aparece el otro como depositario del modo, idea, etc. Depositario del aspecto sensible del propio yo.
- 2) Vínculo: "Metiéndose en el otro para."
- 3) Dificultades de ajuste a la consigna e invasión con preguntas al entrevistador.
- 4) Omnipotencia manifiesta.
- 5) Incapacidad para hacer síntesis.
- 6) Incongruencia entre el símbolo elegido y lo que se

1) A través de objetos que son poderosos, omnipotentes y colocan en los otros pánico, sumisión, etc. Predomina como vínculo someter al otro a través del miedo; por ej.: "León"; porque todos los animales se aterrorizan frente a sus rugidos. Bueno, por algo él es el rey".

2) O bien se explicita a través de símbolos en sí inocuos la técnica de penetración en el otro. Por ej.: Me gustaría ser *enredadera de un solo gajo*, parece mentira como se extiende, se mete y lo atrapa todo, una cosa aparentemente tan chica puede dominar, me gusta la facilidad de crecer que tiene, me deslumbra porque nadie puede pensar que eso tan chiquito, tan frágil, pueda tanto.

Cuadro	Defensas	Características de los símbolos positivos
le adjudica. Generalización a partir de elementos parciales. 7) Objetos en movimiento evasivo (acentuando la fuerza y poder invasor del objeto).		3) En los movimientos o funciones corporales son proclives a inocular ideas o sentimientos en el otro con el fin de paralizarlos y dominarlos. Por ej.: el rugido del león en el primer ejemplo o el crecimiento de la planta enredadera en el segundo. En producciones psicopáticas puede aparecer rechazo de los mismos símbolos elegidos en las catexias positivas. Generalmente esto surge en un clima de omnipotencia y burla y tiene por finalidad (a diferencia de la neurosis obsesiva) confundir al entrevistador y atacar proyectivamente su capacidad de comprensión y síntesis.

Manteniendo constante la elección (por ej : pájaro), en el cuadro siguiente se marca qué es lo que se acentúa en cada estructura.

<i>Estructura</i>	<i>Tipo de vínculo predominante</i>
<i>Esquizoide</i>	Porque vuela alto y puede verlo todo. Acentuando la distancia del O. (predominio de percepción visual).
<i>Depresivo</i>	Pájaros generalmente domésticos, porque los cuidan, porque los quieren, porque alegran. Acentuando cercanía y cuidado del O. (predominio de sensaciones de periferia corporal).
<i>Obsesivo</i>	Pájaros útiles, por ej.: en las cosechas. Acentuando el ser útil al O.
<i>Fóbico</i>	Porque puede ir adonde quiera, está en libertad, o pájaro fuerte que sobrevive a... Acentuando alejándose del O del lugar.
<i>Histérico</i>	Porque es lindo en forma, color, plumaje, movimiento. Acentuando el deslumbrar al O.
<i>Psicópata</i>	Pájaro generalmente de rapiña porque es fuerte, temido y domina. Acentuando invadiendo y sometiendo al O.

Exquizoide

- a) Si fallan las defensas lo que se tiene es: ser invadido, manejado, privado de autonomía, lo cual equivale a ser destruido y matado.
- b) Como consecuencia de la disociación extrema, surge temor de quedar solo, vacío, aislado, seco.

Lo común

Se rechazan: 1) Los objetos que son inmóviles (como en las positivas) pero que han perdido la distancia adecuada del objeto,

a) o bien que están a merced del objeto, mudos y expuestos al ataque. Ej.: pasto porque lo pisan.

b) o que están absolutamente fuera del contacto y control humano. Ej.: "asteroide perdido en el espacio" (esta elección estaría más correcta con objetos bizarros).

2) O bien objetos que ya han sido disgregados, arena, por ejemplo.

Depresivos

Si fallan las defensas se teme:

1) Emergencia de fantasías sádico-orales.

Frente a esto se dan dos situaciones temidas:

a) Temor frente al superyó que critica la agresión: esto se expresaría a través de actitudes implícitamente moralistas del examinado que rechaza los objetos dañinos o agresivos y se preocupa por mostrar que él es distinto.

b) temor al estado en que quedaría el yo invadido por la agresión y culposos; por ej.: rechazar ser "una rata, porque es un roedor inmundo, sucio", "ser basura".

1) Objetos que son manoseados o manejados sin preocupación por su conservación física.

2) Objetos impotentes, expuestos a muerte o ataques externos (por ej.: el pasto porque es pisado, expuesto a las tormentas, el sol los quema, etcétera).

3) Objetos aislados y secos (cardo en el desierto, etc.).

4) Objetos usados y luego evacuados, por ej.: "papeles porque los usan, los ensucian, los rompen y los tiran".

5) Impulsos orales de incorporación sádica del objeto. Ej.: plantas carnívoras, pirañas, etc. (aparece más el miedo por el yo que la preocupación por el otro; asumiendo el propio examinado el sadismo).

"Son objetos a los que les hacen daño."

1) Objetos que pinchan, muerden, destruyen, hacen daño, envenenan, etcétera.

2) El acento puesto en "objetos que hacen daño al otro", pero acentuando la distancia entre el objeto dañino y el propio examinado.

<i>Estructura</i>	<i>Características de los símbolos negativos</i>
Obsesivos Si fallan las defensas se teme: desorden, confusión interna y suciedad, inutilidad. Temor a ser invadido por contenidos sádico-anales. Consecuencias temidas de la defensa: falta de movilidad interna, rigidez, estereotipia, rutina.	1) Objetos sucios, viscosos, desordenados, agresivos (cerdo, barro, petróleo, armas de fuego en general). 2) Objetos que tienen una vida pobre, rutinaria, que hacen siempre lo mismo, que no sienten, que son instrumentos de otros, etc. Ej.: "no quiero ser máquina de escribir porque vibra sólo porque la gente oprime las teclas".
Fóbicos Si fallan las defensas se teme: 1) quedar inmovilizados, privados de movimiento corporal. Consecuencias temidas por el uso de las defensas: a) no tener arraigo en nada. b) adherencia masiva a un objeto. Generalmente los más rechazados son los vegetales porque se adhieren a la tierra. Para determinar si la ansiedad es claustro o agorafóbica, determinar si el común de los objetos elegidos por un lado y el de los rechazados por otro corresponden al adentro o al afuera respectivamente.	1) Objetos que no pueden moverse autónomamente, que dependen de otro. Puede ser tanto un objeto encerrado como expuesto a ataques, pero éstos no tienen connotaciones de destructividad tan intensas como en el esquizoide. Por ej.: "piedra porque no se puede mover", o rechaza "cualquier vegetal porque está fijo a la tierra, hay de todos un solo vegetal que me gustaría ser: el clavel del aire, el único que tiene algo de libertad" o "raíz porque está tan metida que si uno la quiere trasplantar puede morir". 2) Objetos que no tienen arraigo en nada (evitación masiva), por ejemplo (aunque no se ajusta a la consigna es significativo): "linyera porque no tiene casa, va siempre de un lugar a otro".
Histéricos Si fallan las defensas temen: a) ser invadidos por fantasías genitales. b) ser atacados genitalmente por el objeto. Las consecuencias temidas por las propias defensas: bloqueo, incapacidad de sentir y fantasear, inhibición y restricción del yo.	Rechazan: 1) Objetos de fea forma, color, perfume, etcétera. 2) Animales por lo instintivo (a través de expresiones de repulsión o asco). 3) Simbolismos fállicos amenazadores. 4) Lo frío, que no siente, lo impenetrable o que traba la corriente o pasaje de algo; por ej.: muralla, dique, roca, hielo, etcétera.

Hemos observado como índices diferenciales entre producciones neuróticas, psicóticas y psicopáticas, las siguientes características:

1) *En las neurosis*: El otro está implícito en la verbalización, el Yo busca "lo mejor de sí mismo" (lo exigido por el objeto idealizado) para recuperar al objeto: por ejemplo, "ser lindo o bueno, o útil para que el objeto me proteja".

2) *En las psicopatías*: El otro no está presente como objeto idealizado sino que el Yo es el objeto idealizado para evacuar al propio Yo empobrecido en el otro. Ejemplo: "ser una fuente hermosa, llena de flores y pájaros para que todos pasen, me miren y admiren cuántas cosas hermosas puedo yo tener".

3) *En las psicosis*: Bloqueos totales, o elecciones positivas de objetos sádicos, destructivos o destruidos (Ej.: una planta carnívora o una iguana).

Pronóstico-criterios

- 1) En función del diagnóstico a través de las defensas.
- 2) Dentro de cada cuadro: determinar si predominan *a)* defensas esquizoides o *b)* defensas maníacas.

2a) Defensas esquizoides

Definimos como tal a cualquier defensa tendiente a mantener disociados y controlados los aspectos idealizados y persecutorios para evitar la desorganización yoica. Deposita uno de los aspectos disociados, sea en la mente, en el cuerpo, o en el mundo externo, y luego controla tal aspecto depositado para evitar que el Yo lo integre y se desorganice (se teme fundamentalmente por el Yo, por lo tanto son defensas más regresivas). Enumeraremos las defensas esquizoides correspondientes a los distintos cuadros y el área en que se hace la depositación y el control posterior.

Esquizoidía: Disociación (mente)
split masivo

Depresión: Disociación (como regresión) (mente)

Neurosis obsesiva: Aislamiento (mente)
Anulación

- Fobia*: Evitación (mundo externo)
- Histeria*: Represión (mente)
- Conversión (cuerpo)
- Psicopatía*: Identificación proyectiva (mundo externo)
- Inductora o evacuativa (mente del otro)

2b) Defensas maniáticas en cada cuadro

Tomamos como lo central de la defensa maniaca el intento del Yo por transformarse en el objeto idealizado, depositando en el otro los sentimientos que el propio Yo no tolera. Lo que varía en cada cuadro son las características o aspectos del objeto que se idealizan. Se mantiene la disociación de base.

Por ejemplo:

- | | |
|---|---|
| | En la <i>esquizoidia</i> : Indestructibilidad. Pensamiento mágico del objeto. |
| | <i>Depresión</i> : Capacidad de reparar omnipotente. |
| Son todos los objetos omnipotentes, pero en cada cuadro se acentúa un rasgo idealizable del objeto. | <i>Neurosis obsesiva</i> : Justicia, honorabilidad, limpieza. |
| | <i>Fobia</i> : Valentía, arrojo, coraje del objeto. |
| | <i>Histeria</i> : Capacidad de seducción del objeto. |
| | <i>Psicopatía</i> : Arbitrariedad y dominio del objeto. |

De acuerdo con esto, las defensas maniáticas propias de cada cuadro son:

- Esquizoidia*: Megalomanía.
- Depresión*: Defensa maniaca.
- Neurosis obsesiva*: Formación reactiva.
- Fobia*: Contrafobia.
- Histeria*: Seducción.
- Psicopatía*: Impostura.

3a) Grado de fortaleza, rigidez o fragilidad del Yo y grado de caracteropatización de la defensa: se refiere a la intensidad de la defensa, grados de represión o aislamiento, etc., en función del símbolo y de la racionalización desiderativa. (Por ej., diferencia entre rechazar ser un dique, una caja fuerte, que muestra una posibilidad de entrar venciendo la repulsión, o un muro o roca, que connotan una impenetrabilidad mayor.)

Por lo tanto los criterios son: a) en función de las características del símbolo elegido. Características polares y absolutas del objeto o características modificables o reversibles del mismo. b) Grado de reiteración de la misma defensa en las distintas catexias (a mayor reiteración, más compromiso caracterológico).

3b) Grado de estereotipia o variabilidad de las defensas: Mayores posibilidades pronósticas cuando el yo cuenta con una mayor gama de defensas, correspondientes a distintas áreas.

Criterio: Variación o permanencia de la misma defensa en las distintas catexias (en relación con 3a).

3c) Grado de fortaleza de los símbolos elegidos (fortaleza del Yo). Características reales de los objetos elegidos:

- 1) Objetos destructibles fácilmente: cristal, cucaracha.
- 2) Objetos omnipotentemente indestructibles: Dios, Batman.
- 3) Frágiles y disgregados: arena.
- 4) Moderadamente fuertes pero plásticos: mimbre.

4) Predominio de proceso secundario: Capacidad de simbolización, de diferenciación entre fantasía y realidad, etcétera.

Criterios:

- 1) Congruencia entre el símbolo elegido y las características que a él se adjudican.
- 2) Grado de omnipotencia de la defensa: Metas que el Yo se propone a través de la fantasía defensiva:
 - cercanas a la realidad (por ej. "ser cuidado")
 - alejadas de la realidad (por ej. "dominar al mundo").A través de las características del símbolo elegido, la racionalización desiderativa.

- 3) Posibilidad de ajuste a la consigna y capacidad de fantasear (dependiente de la posibilidad de diferenciar muerte real de fantasear o jugar a la muerte).
- 4) Capacidad de síntesis, posibilidad de elegir símbolos y desarrollar la fantasía desiderativa.
- 5) Posibilidad del Yo de metabolizar la situación microtraumática (consigna) y realizar un aprendizaje durante la toma del test: en la medida en que la situación traumática de muerte se repite tres veces en las positivas, si el Yo utiliza defensas realmente instrumentales debería disminuir la ansiedad paranoide a lo largo del test. En este sentido, en la 3ª catexia positiva aparecerían defensas más organizadas (intentos de reparación maníaca y de preservación del objeto), disminución de ansiedad a nivel fenomenológico.

Cuando las defensas son progresivamente más primarias se trataría de un Yo más débil que enfrenta en primer lugar la situación traumática negándola y que luego se desorganiza (enquistando las situaciones traumáticas en lugar de metabolizarlas).

Identificación proyectiva y mecanismos esquizoides en el Test desiderativo

Alberto Brodesky, Nidia Madanes y Diana Rabinovich

En la identificación proyectiva se combina la disociación de una parte del Yo y la proyección de dicha parte sobre o, mejor dicho, en otra persona u objeto-persona. Es un mecanismo básico y constitutivo del psiquismo.

La consigna del desiderativo es, esencialmente, un disparador de identificaciones proyectivas, impulsadas tanto por acción de la agresión o de la angustia de muerte (relación con un objeto perseguidor) como por la acción de la libido (búsqueda del objeto ideal o partes del Yo ideal). Pero así como despierta ansiedad de muerte, puede también vivirse de manera positiva en la medida en que permite, a través de las identificaciones proyectivas, la búsqueda de objetos ideales, o se presta a recobrar, mágica o lúdicamente, las partes que se sienten perdidas o sepultadas en los objetos. (Este último aspecto se aplica sólo a las catexias positivas.) O sea, que siempre hay que considerar en el desiderativo dos aspectos dados a través de la identificación proyectiva: "LIBRARSE DE" y "RECUPERAR A", que pueden estar al servicio de la agresión o de la libido.

Este trabajo se realizó en un seminario de Técnicas Proyectivas I, siendo titular de la cátedra Jaime Bernstein, en 1966. La publicación del mismo es un homenaje a uno de sus autores, Alberto Brodesky, recientemente desaparecido.

Ejemplos de librarse de:

En las catexias negativas: "Vacuno, porque sería sacrificado".
En las catexias positivas: "Planta tropical, porque el clima no las castiga". "Montaña, porque nunca moriría".

Ejemplos de recuperar a:

En las catexias positivas: "Cuna, porque hamacaría a muchos niños". "Perro, por su nobleza."

Esta distinción permitiría apreciar si la primacía corresponde al objeto bueno idealizado o viceversa.

Se podría confeccionar un cuadro de doble entrada:

	<i>Agresión</i>	<i>Libido</i>
<i>Evacuación</i> <i>Recuperación</i>		

Diferenciación entre la identificación proyectiva neurótica y psicótica

Psicótica:

1) Fracaso de las defensas obsesivas neuróticas.

- a) Proyección directa del impulso. Ej.: "Planta carnívora, porque podría destruir a todo el que me molesta" (catexia positiva).
- b) Paralización de la reintroyección (y a veces también de la reproyección). Ej.: "Montaña, porque estaría solo desde arriba mientras la gente abajo trabaja" (catexia positiva).
- c) Indentificación proyectiva motivada por la envidia: ser el otro por lo que tiene o representa sin preocuparse por su destino ulterior. Esto se manifiesta porque el otro no aparece en absoluto en la racionalización, o bien aparece pero se lo usa como depositario, se lo desprecia, etc., sin ningún intento de seducción (véase más adelante la explicitación de este término).

Neurótica:

- a) Buen control obsesivo (diferenciación Yo-Otro). Aparece el otro como persona.
- b) Formación reactiva. Hemos denominado así al resultado de la identificación proyectiva que actúa de esta manera: lo que se desea no es ser el otro, sino dejar de ser uno mismo, ubicando lo rechazado de sí en un rival. Éste pasa a ser el aspecto proyectado propio al que se puede acusar de todo aquello de que no se puede acusar uno mismo porque acarrearía la condena y pérdida del ser amado. En los desiderativos que se ven en muestras "normales", lo anterior constituye el siguiente rasgo:
- c) La identificación proyectiva motivada por celos. Es lo que antes llamamos actitud de seducción: ser bueno permite triunfar sobre el malo; para lograr el amor de un tercero se establece así un vínculo implícito o explícito en el que la adecuada defensa obsesiva permite mantener el clivaje entre lo proyectado e identificado en el otro (malo) y lo bueno atribuido a otro.

Ejemplos de identificación proyectiva motivada por la envidia:

1) "cielo, porque estaría por encima de todo".

2) "planta carnívora..." (ya dado).

Y en general todas aquellas elecciones en las que se busca la identificación con aspectos u objetos destructivos o bien cuando la identificación con lo bueno es autodirigida. Ej.: "Piano, porque me deleitaría con mis propias manos". La identificación proyectiva motivada por los celos aparecería en todas aquellas asimilaciones de aspectos buenos que, explícita o implícitamente, establecen la diferenciación con la contraparte mala. Creemos que esto puede ligarse con lo dicho respecto del aspecto positivo de la consigna, en el sentido de permitir una realización de deseos: el triunfo sobre el rival malo a nivel lúdico.

Otro aspecto a considerar dentro del continuo neurótico-psicótico de la identificación proyectiva es la diferencia entre la verbalización "si yo fuera" y "yo soy", que evidencia distintos grados de disociación. El "yo soy" se vería en las positivas por un

rechazo agresivo de la contraparte de lo elegido, o bien cuando no hay justificación (ej.: "pájaro, porque vuela, no como los otros animales que lo único que hacen es estar encerrados"). Es la realización mágica del deseo mediante la identificación proyectiva. En las negativas, cuando se da el rechazo sin especificación alguna (ej.: "víbora, porque no las tolero"). Como valor pronóstico esto nos indicaría, además, las posibilidades de *insight* y flexibilidad (capacidad para reintroyectar) del sujeto.

Con respecto a las caracteropatías, hemos encontrado la siguiente característica: todas las catexias positivas son asimiladoras (tendientes a recuperar partes ideales) del tipo "yo soy" y las negativas son evacuadoras, representando lo que encubrían las asimiladoras positivas.

Desde otro punto de vista, es útil tener en cuenta dos aspectos de la identificación proyectiva cuando se analizan desiderativos.

- 1) Aspecto estructural (contenido).
 - a) Superyó (moral-ideal).
 - b) Yo (funciones).
 - c) Ello (impulsos).
 - d) Objeto.
- 2) Objetivo ("para qué" o finalidad), siendo los tipos más frecuentes:
 - a) preservadora (del objeto o del Yo);
 - b) evacuadora (del objeto o del Yo).

La identificación proyectiva preservadora del objeto interno puede efectuar la preservación a través de la unión con un objeto (defensa maníaca), o a través de la libido, evacuando una parte del Yo. Puede ser tanto en un contexto depresivo como esquizo-paranoide.

La identificación proyectiva preservadora del objeto interno de un objeto se da siempre en un contexto paranoide.

Creemos que cuando hay mucha preocupación por la preservación del Yo o del objeto nos encontramos con una persona que oscila entre la depresión neurótica y los rasgos esquizo-paranoides, siendo dicha preocupación el único indicio del desiderativo que podría señalar atisbos de ansiedad depresiva.

Con respecto a la evacuación, es importante tener en cuenta los aspectos estructurales de lo evacuado. Cuando se evacuan

aspectos estructurales diferentes de la estructura preservada, podemos apreciar qué es lo que el individuo teme más de sí mismo. Cuando lo que se evacua es estructuralmente igual a lo que se preserva, encontramos los mecanismos de disociación dentro de una misma estructura.

Bibliografía

Bell, J., *Técnicas proyectivas*, Paidós, Bs. As.

Bernstein, J., "Apéndice", en H. Murray, *Manual del Test de Apercepción Temática (TAT)*, Paidós, Bs. As.

Bernstein, J., "Análisis e interpretación del Cuestionario Desiderativo", trabajo presentado en el 1er. Congreso Argentino de Psicología, San Luis, 1965.

Ocampo, M. L. S. de, García Arzeno, M. E., Califano, V., Baringoltz, S. y Leone, L., *Identidad en el desiderativo*, publicación interna de la cátedra de Técnicas Proyectivas, UNBA.

Pigem y Córdoba, *La prueba de expresión desiderativa*, Barcelona, 1949.

Capítulo V

El Test de relaciones objetales de Herbert Phillipson

María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

El Test de relaciones objetales (T.R.O.) de Herbert Phillipson data de 1955 y comenzó a difundirse en nuestro medio diez o doce años después. Lo hemos incorporado a nuestra batería de tests pues consideramos que ofrece una serie de ventajas respecto de su antecesor: el T.A.T. de H. Murray. Además de las que provienen del material estímulo que ideó su autor, brinda la enorme ventaja de una amplia y detallada fundamentación teórica basada en la teoría de las relaciones objetales de M. Klein y Fairbairn.

En este capítulo trataremos de comunicar lo que hemos pensado acerca de este instrumento proyectivo, tan rico para quienes deseen investigar la personalidad humana a la luz de la psicología kleiniana. Lo que planteamos a continuación es nuestro aporte, producto de un quehacer desarrollado tanto en la práctica privada y hospitalaria como en la actividad docente.

Dentro de las técnicas proyectivas cabe ubicar al T.R.O. entre las técnicas de estimulación visual y producción verbal.

Los tests proyectivos que se acercan más al T.R.O. por su valor en el diagnóstico clínico son el T.A.T. de H. Murray y el Rorschach. Veamos las características comunes y diferenciales entre ellos.

1. El T.A.T. es un test que sugiere mediante un alto grado de dramatización lo que explora cada lámina. (Por ejemplo, la lámina V muestra una mujer que sostiene la puerta con intención de abrir o cerrar, pero esta acción está directamente inducida por

el estímulo, así como también la acción de espiar o mirar o buscar algo.)

El Rorschach presenta manchas de absoluta neutralidad temática. En cualquier lámina pueden verse o no figuras haciendo algo, que puede tener o no un tinte persecutorio. Lo que el paciente ve depende de lo que él mismo proyecta.

El T.R.O. concilia ambas tendencias. (Por ejemplo la lámina B3 (4) muestra una figura cortada en negro en primer plano a la derecha que puede visualizarse como una persona espiando, mirando, conversando, como expectador pasivo, o bien se la ve como una sombra, una estatua o una cortina.)

2. El T.A.T. pone el énfasis en la secuencia temporal del drama: el antes, ahora y después de una manera que podríamos calificar de balanceada.

El Rorschach no pide una historia ni explora la historicidad del percepto del paciente. Está centrado en el aquí y ahora de la percepción.

El T.R.O. explora la secuencia temporal del drama asociado a la percepción, pero pone especial énfasis en el presente, acerca del cual solicita al paciente que se explye con más detalle.

3. El T.A.T. sugiere en alto grado el movimiento humano. (Por ejemplo en la lámina es muy improbable que el paciente no vea al hombre subiendo o bajando por la cuerda o descansando antes de continuar. Cualquiera de estas variantes implica movimiento humano.)

El Rorschach presenta manchas que no sugieren explícitamente movimiento humano alguno, pero sí permiten proyectarlo. Por la inestructuración de las láminas puede aparecer movimiento humano, animal o movimiento de entes inanimados. De ahí la enorme importancia de la aparición de movimiento humano (M) en este test a quien Rorschach asigna un especial valor diagnóstico y pronóstico.

El T.R.O. también concilia estas dos tendencias. En sus láminas no aparece claramente sugerido el movimiento humano, pero puede ser proyectado. Esto depende del paciente (no de la lámina), quien puede ver figuras humanas estáticas o en movimiento o animales estáticos o en movimiento (aunque es mucho menos frecuente que en el Rorschach) o entes inanimados estáticos o en movimiento.

4. En el T.A.T. el contenido humano está claramente presen-

tado, al menos en las láminas de la primera serie. En cualquiera de estas láminas es imposible no ver figuras humanas. Puede ser que el paciente las distorsione, pero la identidad humana no puede negarse y se impone al paciente por las características del estímulo. Si la angustia que la lámina provoca es intensa, surgen bloqueos o resistencia franca a hacer lo que el psicólogo solicita. Por ello, la visualización de figuras humanas en el T.A.T. no constituye un índice de salud como ocurre en otros tests. Por lo contrario, ver animales u objetos donde otros ven personas, constituye un índice de seria patología.

El Rorschach tampoco sugiere directamente figuras humanas. El paciente puede proyectarlas y si lo logra se toma como indicador diagnóstico y pronóstico significativo, según sean las características que el paciente atribuye a las figuras que ve, el lugar donde las localice, etc. (Por ejemplo en la lámina VII, llamada "de la madre", algunos ven: "dos mujeres bailando", otros "perros y conejitos", otros "nubes de tormenta", "trozos de piedra", etc.)

El T.R.O. presenta láminas en las que resulta muy fácil visualizar figuras humanas (la C3 por ejemplo), otras en las que es probable que se visualicen, pero permiten variantes (A1) y otras que, finalmente, admiten la posibilidad de ver figuras humanas, animales o entes inanimados con la misma facilidad. (Así ocurre con la AG en la que algunos ven: "algunas personas en el cementerio", otros, "pingüinos en la nieve", y otros, "es una tormenta de nieve con mucho viento." Es decir que este test permite distintos grados de humanización y deshumanización de la proyección, de la misma manera que el Rorschach.

5. El T.A.T. utiliza en la mayoría de las láminas un estímulo francamente estructurado, facilitando así la descripción y la intelectualización como defensa. Algunas (la XVI, por ejemplo) determinan que el psicólogo sea vivido como un agresor, que expone al paciente a una situación altamente persecutoria dadas las características de la lámina mostrada.

El Rorschach utiliza un estímulo no estructurado pero sí fácilmente estructurable por la mayoría de los sujetos. Esto es lo que determinó que el autor seleccionara esas diez manchas de entre miles y que optara por hacerlas simétricas. Por lo tanto permite que el paciente ponga en juego otras defensas, y si aparecen las mencionadas en el caso del T.A.T., la significatividad de las mismas sería mucho mayor.

En el T.R.O. el estímulo presenta un grado de estructuración intermedio. Son láminas menos estructuradas que las del T.A.T. y más que las del Rorschach. El test consta de tres series de distinto grado de estructuración, lo cual permite apreciar la reacción del sujeto ante estos cambios, dentro del mismo test. La variable que tiene especial importancia en este sentido es la de Contenido de Realidad, que varía fundamentalmente de una serie a otra.

6. Entre los tests comparados, el T.A.T. es el de menor saturación proyectiva. Da lugar al uso frecuente de historias "clisés". Historias totalmente inusitadas suponen por lo tanto una gran distorsión que lleva a presumir un alto grado de patología.

El Rorschach es el test que posee el mayor grado de saturación proyectiva. Los bloques que suelen aparecer provienen del impacto de las cualidades formales de las manchas (forma, claro-curo, color, simetría, etc.). La acción del estímulo es disparadora de cualquier contenido.

El T.R.O. posee un alto grado de saturación proyectiva. Los bloques son raros, dado que el paciente puede modificar el estímulo con mayor libertad que en el T.A.T., sin cobrar conciencia del grado de enfermedad que supone una distorsión seria. Pueden aparecer bloques u otros tipos de reacciones similares a los shocks del Rorschach, por las características formales de las láminas.

7. El T.A.T. es, predominantemente, un test de contenido. Interesa más el drama que la percepción misma.

El Rorschach es un test de forma. Lo que determina la proyección del paciente es el interjuego de factores formales. No se habla aquí de texto y contexto. Las respuestas populares se establecen sobre la base de la mayoría estadística.

El T.R.O. es un test de contenido y de forma. En la interpretación del material, Phillipson ha incluido distintos criterios dando importancia a ambas variables.

8. El T.A.T. es un test dramático. El Rorschach es un test dinámico. El T.R.O. es dramático y dinámico a la vez.

9. El T.A.T. recoge la proyección a través de la fantasía puesta en marcha por la consigna, que pide al sujeto que diga qué pasó antes, qué está pasando y qué pasará después.

El Rorschach recoge la proyección a través de la percepción, y por ello solicita al paciente que diga qué es lo que ve. Pueden

surgir asociaciones libres con dramatizaciones reales o fantaseadas, pero se trata de fenómenos especiales.

El T.R.O. recoge la proyección a través de ambos comportamientos. Es tan significativo lo que el paciente ve como el tipo de historia que elabora al dar historicidad a la percepción y conectar los distintos elementos percibidos.

10. En el T.A.T. la influencia cultural es importante porque en todo el test el contenido de realidad está altamente estructurado (incluso en las vestimentas de los personajes). La excepción a esto es la primera lámina de la segunda serie. Es evidente que se trata de un test del año 1930.

El Rorschach no acusa tan alto grado de influencia de lo cultural, pero hay algunas respuestas que llegaron a ser populares y que han estado determinadas por lo cultural, como por ejemplo el "hongo atómico" que se suele ver en la lámina IX.

En el T.R.O. la incidencia cultural es escasa excepto en dos láminas: la C3 y la C12. (En la C3 es común que se vea un comedor en el que se desarrolla el clásico *five o'clock tea*. En la C12, en Inglaterra es común ver una casa de campo. En nuestro medio, la imagen de lo que es una casa de campo es distinta, por lo que aparece más frecuentemente la respuesta de "el departamento de un bohemio, el atelier de un pintor, un departamento de un ambiente, una casa humilde" . . . También podemos incluir la CG: a veces el paciente elabora una historia sobre el acorazado Potemkin que es, en realidad, la temática en la que se basó el autor para esta lámina.)

Las figuras humanas que presentan las láminas del T.R.O., a diferencia de las del T.A.T., son sin rostro, sin sexo, sin edad, sin movimientos, sin nexos, sin expresiones, sin tiempo, y se hallan en un escenario con escaso contenido de realidad. Esto implica la posibilidad de proyectar lo referente a la relación transferencial. Emergen conflictos con distintas figuras parentales y fraternas, con el grupo de pares, con situaciones actuales, pasadas y futuras, a través de distintos tipos de fantasías: arcaicas (en la serie A), más evolucionadas (en la serie B) y con más afectos (en la serie C), equivalentes a la textura (c), claroscuro (K) y color (C) del Rorschach.

Los estímulos utilizados por el T.R.O. presentan, sobre los del T.A.T., las siguientes ventajas:

1. Utiliza estímulos ambiguos: los personajes humanos, los objetos y el clima emocional. El fondo no aparece como estímulo primordial. En el T.A.T. el fondo se usa como estímulo y se lo presenta con bastante detallismo y estructuración. (Por ejemplo en las láminas 3, 8 y 15 hay objetos que sirven directamente como estímulo.)

2. El manejo del espacio es distinto: en algunas láminas del T.R.O. hay que llenarlo.

3. No introduce respuestas de movimiento humano ni de otro tipo; si aparecen es por la necesidad del paciente de sobreimponerlas (en especial movimiento humano e inanimado).

4. No hay rastros culturales.

5. El contenido agresivo es menor, y por lo tanto da lugar a una mayor labilidad transferencial.

6. Introduce la utilización de la textura, del color en dos modalidades (intrusiva y difusa) y de las gradaciones del negro (blanco, gris y negro).

El T.R.O. amplía al Rorschach en tanto provee de figuras humanas (no indiscriminadamente, sino de manera controlada) para explorar las reacciones del paciente ante láminas de un solo personaje, de dos, de tres y de grupo. Da oportunidad de evaluar muchos de los criterios del Rorschach en el material perceptivo que brinda y permite, además, la exploración de los contenidos del drama que el paciente ha elaborado.

Respecto de lo primero podríamos hacer las siguientes comparaciones:

Criterios de localización
W(globales)

Se correspondería con una percepción completa de todas las figuras humanas presentes en la lámina y del contenido de realidad en sus distintos grados.

D(respuestas de detalle grande o detalle usual)

Correspondería a respuestas en las que el paciente percibe parte de esas figuras humanas y/o del contenido de realidad, coincidentes con lo que la mayoría destaca dentro del conjunto de cada lámina. Si el paciente va "recortando" porciones de la lámina y luego las incluye en una situación total, tendríamos una conducta equivalente a la W aditiva del Rorschach.

Dd (pequeño detalle o detalle inusual)

El T.R.O. no se presta para recoger respuestas de pequeños detalles, pero pueden aparecer en las series B y C especialmente. Cuando el paciente siente el impacto del estímulo y utiliza los Dd de la lámina, es para poner en marcha una conducta descriptiva que le sirva de defensa frente al claroscuro o el color. Las láminas C3 y C1 son las que muestran esto con más frecuencia. En general es patológico.

S (respuestas de espacio en blanco)

El T.R.O. no se presta para apreciar la reacción del paciente frente a los espacios en blanco y para que les dé un determinado significado. No obstante, en algunas láminas, como en la BG, en la que el contraste de blanco y negro es marcado, se registran algunas respuestas S, como por ejemplo: "este es el andén de una estación de tren" (franja blanca oblicua). En BG y B3 se recogen a veces críticas al sombreado por sus aparentes incongruencias, conducta comparable a la que en Rorschach llamamos "crítica de objeto".

Determinantes

C y combinaciones (respuestas de color puro y combinado con elementos formales)

Se correlaciona con ver e interpretar los colores del T.R.O.

K y combinaciones (respuestas de claroscuro puro y combinado con elementos formales)

Se correlaciona con ver e interpretar el claroscuro.

M y m (movimiento humano e inanimado).

Pueden aparecer en el T.R.O., pero el paciente debe imponerlas del mismo modo que en el Rorschach y a diferencia del T.A.T. Es más común M, con menor frecuencia puede aparecer m, en tanto que el movimiento animal (FM) es casi inusual. En la lámina AG pueden aparecer respuestas tales como: "pingüinos caminando".

F, F+ y F--

Al igual que en el Rorschach y a diferencia del T.A.T., el paciente debe imponerlas. En sus descripciones (espontáneas o solicitadas) de lo que ve, puede apreciarse su nivel de precisión formal, "grosso modo".

Contenido

II y Hd (respuestas de contenido humano y de detalle humano)

Se correlaciona con lo que en el T.R.O. llamamos "Mundo humano".

A y Ad (respuestas de contenido animal y de detalle animal)

Es totalmente inusual que aparezcan y, en general, suponen una conducta perceptiva patológica.

Objetos

Se relaciona con el "Contenido de realidad" del T.R.O.

Paisajes

Idem.

Fuego, sangre, etc.

Se correlacionan con el "Contexto de realidad" del T.R.O. En la lámina C2 inglesa es frecuente la inclusión de "sangre" por el rojo, estímulo que en la versión argentina es marrón, por lo cual se recogen más bien alusiones a humo, suciedad, etcétera.

Al igual que el Rorschach, el T.R.O. tiene una secuencia establecida por su autor para la presentación de las láminas. El orden es arbitrario, pero las alteraciones de la secuencia, además de complicar la tarea de interpretación del material, porque la producción así obtenida no puede ya compararse con los "clisés", crea interferencias en la relación transferencial con el paciente quien, inconscientemente, percibe la ansiedad, contrariedad, temor, etc, que el psicólogo trasmite de manera verbal o preverbal. Una vez establecidos los patrones interindividuales, o sea, una vez estandarizado el test, la secuencia debe ser respetada, para que el cotejo de la producción del paciente con las del resto de la población sea válida. Esto ocurre también con el C.A.T., no así con el T.A.T., cuyo autor acepta la selección de láminas y la elección de la secuencia de acuerdo con el criterio del psicólogo en cada caso.

Otro elemento común entre el Rorschach y el T.R.O. es la forma de registro del material y los pasos en la administración del test. También Phillipson considera importante registrar toda la producción verbal y preverbal del paciente, sus tiempos de reacción en cada lámina, etc. Luego de la primera mostración de las láminas procede, al igual que Rorschach, a efectuar un interrogatorio para completar, especificar o dilucidar lo que el paciente ha dejado incompleto, ambiguo, confuso o contradictorio. Por último, también Phillipson incluye un examen de límites, para casos en los que el paciente no haya tomado en cuenta alguna de las variables de los criterios de interpretación, o lo haya hecho pero de una manera inusitada (por ejemplo: no ver seres humanos en algunas láminas, no incluir para nada el color, bloqueo frente a determinadas láminas que no cede en el interrogatorio, ausencia de inclusión del pasado, presente y futuro, ausencia de conflicto o de resoluciones del conflicto, etcétera).

En términos generales podemos decir que un Rorschach resulta insustituible si se quiere un diagnóstico preciso de la estructura subyacente del caso con posibilidades de establecer un diagnóstico diferencial y de traducir estos conceptos a fórmulas y números. Un Phillipson es imprescindible para explorar la dinámica del mundo interno del paciente, la naturaleza de sus relaciones objetales inconscientes, la posibilidad de modificación de vínculos patológicos, los distintos tipos y niveles de organización de vínculos y sistemas defensivos ante diversas situaciones (tres series con uno, dos, tres y varios personajes).

Phillipson incluyó, al igual que Murray, una lámina en blanco, pero esta inclusión tiene características diferentes en el T.R.O. Ocupa el último lugar en la secuencia y por esta razón explora las fantasías de enfermedad y curación, los recursos con que cuenta el paciente para fantasearlas y las posibilidades de llevar a cabo lo que fantasea. Asimismo, junto con las otras, permite recoger más material acerca de la relación transferencial. Murray la incluyó por esta razón y por eso decidió colocarla en el medio de la segunda serie. En cambio Phillipson la ubicó al final, para explorar cómo se despidе del test y del psicólogo.

El T.A.T. y el T.R.O. tienen una consigna semejante, aunque Phillipson enfatiza el presente, en tanto Murray otorga el mismo valor a los tres componentes de la secuencia temporal. Phillipson pide al paciente lo siguiente: "En primer lugar deberá decir cómo se imagina que surgió esta situación (esto lo puede hacer en una o dos frases). Luego imagine qué es lo que está sucediendo en la situación y cuéntemelo con más detalle. Por último imagine qué sucederá luego o cómo termina (esta parte también la puede hacer en una o dos frases)". Por su parte Murray solicita: "Le voy a mostrar una serie de figuras. Usted tiene que hacerme un relato sobre cada una de ellas. Tiene que decirme cuál es la situación que muestra la lámina, qué sucesos la provocaron y cuál será el resultado de la misma, describiendo los sentimientos y pensamientos de los personajes. Me agradaría que inventara un argumento, no una historia literaria muy cuidada. Deseo escribir lo que usted exprese, en lo posible al pie de la letra. Por consiguiente le ruego que no se apresure."

Fundamentación teórica del test

Esta es una breve síntesis de lo que expone el autor del T.R.O. La hipótesis básica es la siguiente: la persona percibe dinámicamente el mundo que la rodea. Esta percepción es congruente con su forma de conducirse en cualquier situación humana con la que se enfrente. Por lo tanto, en cualquier tipo de interacción con su medio (frente a un alámina de T.A.T., Rorschach o T.R.O.) reflejará también los procesos dinámicos a través de los cuales expresa y regula las fuerzas conscientes e inconscientes que operan en su interacción con la situación.

H. Phillipson utilizó para fundamentar su test la teoría kleiniana y fairbairniana de las relaciones objetales. La persona se conduce con otra según un largo aprendizaje producto de las relaciones con sus objetos más tempranos (los padres), de los que dependió para la gratificación de sus necesidades primarias. Existe un alto grado de isomorfismo entre la forma como se llevan a cabo las relaciones objetales en términos de personas y la forma como se expresa la interacción con distintos elementos de su mundo (percibir, aprender, trabajar, etc.). El modo de relacionarse con personas y cosas y la manera de percibir responden a un intento de conciliar dos sistemas de objetos muy amplios y, en distintos grados, superpuestos:

1) Formas inconscientes reprimidas de relacionarse que fueron fantaseadas como maneras gratificantes o de ataque cuando el individuo era frustrado más allá de su grado posible de tolerancia en los primeros años. Estas relaciones inconscientes y conflictuales permanecen continuamente activas y buscando resolverse en comportamientos irracionales o infantiles, incompatibles con las relaciones sociales.

2) La experiencia de relaciones más conscientes acumuladas después de un largo período durante el cual las repetidas pruebas de su consistencia y validez tienen como resultado una consolidación de los patrones de interacción y de los valores a ellos ligados.

Los intentos de conciliar ambos sistemas determinan el comportamiento típico. Cuando las formas inconscientes de relacionarse se satisfacen en el presente, se deteriora la calidad de la relación: perderá flexibilidad, habrá menos intercambio (el dar y tomar), se confundirá al otro con partes del propio self, emergerá la percepción errónea, incompleta, periférica, se enfatizará el odio y, al mismo tiempo, el miedo a las consecuencias. El producto es algo más ilógico, mal balanceado, que requiere mucho esfuerzo para mantener el equilibrio.

Los factores que determinan la medida en la cual las fuerzas inconscientes actúan son:

a) *En el individuo*: presión y fuerza con las que sus relaciones de objeto inconscientes dominantes buscan gratificación, en equilibrio con la extensión y flexibilidad de las formas concretamente fundamentadas de interacción con las personas, equilibrio del cual el individuo dispondrá en una situación dada.

b) *En el marco ambiental*: 1) La medida en la cual la situa-

ción total, incluyendo su historia, coincide en forma dinámica, con la situación de relación de objeto de una fantasía inconsciente, en alguno o ambos de sus aspectos frustrantes o evocativos. La derivación del paciente al psicólogo reactiva la situación edípica; 2) coincidencia de situaciones estímulo con situaciones de relación de objeto inconsciente; situaciones objetables de la lámina con la relación transferencial; 3) presencia o ausencia de objetos del medio físico (contenido de realidad) que pueden entrar en contradicción o no con sus aspectos inconscientes, y 4) el clima emocional que provoca el T.R.O., surgido del uso del color, el claroscuro y el gris difuminado, que determinan distintos sentimientos: afecto, odio, protección, tensión, etcétera.

Por eso, el T.R.O. utiliza:

a) Situaciones de relaciones objetales de 1, 2, 3 y varios personajes (grupo), como matrices en las que se realizaron los aprendizajes de relaciones interpersonales y que son núcleo de relaciones objetales en el presente.

b) Monto variable de contenido de realidad a través de distintos objetos del mundo físico.

c) Monto variable del clima emocional que evocan distintos tipos y niveles de sentimiento. Esto permite explorar también el clima emocional predominante en la relación transferencial.

DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL

El test consta de trece láminas: tres series de cuatro láminas cada una y una lámina en blanco. En cada serie hay una lámina con un personaje, con dos, tres y finalmente con un grupo de personas de cantidad no siempre determinada claramente (seis en BG y en AG y un grupo impreciso en CG). Cada serie se distingue de las demás por los diversos grados de estructuración del ambiente físico y por el clima emocional que despierta, dadas sus distintas tonalidades (predominio del gris difundido en la serie A, del contraste de claroscuro en la B y del color en la C). Estas láminas operan como estímulos que tienden a evocar relaciones interpersonales altamente conflictivas, pero no las sugieren como ocurre en el T.A.T.

Serie A: El mundo humano es vago, apenas delineado, el sombreado es claro y el ambiente que muestra carece de detalles. Podríamos comparar este serie con la lámina VII del Rorschach. Explora las relaciones de objetos de dependencia muy temprana y

su relación con el contacto físico y sensitivo. Las láminas sugieren poco y dejan mucho más librado a la imaginación del paciente.

Serie B: Presenta el contraste de blanco y negro y los matices de gris. Los trazos son definidos. En su gran mayoría, los elementos de esta serie están perfectamente delineados, los objetos muestran una estructura definida en lo referente al contenido de realidad, lo cual determina que el paciente tenga poca libertad para interpretar la lámina. El sombreado es muy semejante al negro-gris de las láminas más oscuras del Rorschach, pero sin su profundidad ni difusión. Esta serie enfatiza el clima de amenaza y frialdad.

Serie C: El mundo humano presentado en esta serie es más realista, el ambiente, más rico en detalles y la presentación menos definida que en la serie B, pero más que en la A. El color está utilizado con dos modalidades: intrusión (el globo rojo de C3) o difuminado para reducir el desafío emocional que implica su inclusión. En general los colores de esta serie sugieren: calidez (rojo), frialdad (verdosos), temor o enojo (rojo), enfermedad (azul), daño o animación (en nuestro medio la lámina C2 presenta una tonalidad marrón en lugar del rojo difuminado original, pudiendo surgir entonces asociaciones con sentimientos frente a la suciedad). El blanco de las láminas CG (que es más marcado en las láminas inglesas que en las nuestras) aumenta la tensión y los sentimientos agresivos que la lámina provoca entre el individuo y el grupo.

Análisis y descripción de cada lámina

Lámina A1 (1)

Plantea una situación nueva. El paciente nos muestra cómo reacciona al enfrentarla. Las perturbaciones que se infieren de la producción ante esta primera lámina deben relacionarse justamente con todo lo que moviliza la situación de test (si es el primero de la batería) o, por lo menos, con el temor ante lo desconocido (la primera lámina). En el 90 % de los casos se visualiza aquí una figura masculina. Con menor frecuencia una segunda figura, que puede verse como femenina, utilizando para localizarla los trazos de gris oscuro de la zona inferior de la lámina. Esta lámina (y en mayor medida la blanca, sin excluir las restantes) no dan elemen-

tos para explorar cómo vive el paciente la situación de examen psicológico y cuál es el tipo de relación transferencial predominante que ha establecido con el psicólogo.

Su temática responde a este comienzo: "Si estoy solo frente a algo nuevo que me pone ansioso yo . . ."

Lámina A2 (2)

No se trata ya de una situación nueva porque es la segunda lámina y pertenece a la misma serie A, manteniéndose el gris difuminado un poco más pronunciado que en la lámina A1. La novedad de esta lámina radica en la presentación de dos personajes, es decir, de la pareja. Generalmente se ve la figura de la izquierda como femenina y la de la derecha como masculina. Esta lámina estimula la proyección de la imagen interna de una pareja (amorosa, fraternal, filial, amistosa, etc., siendo más frecuente la primera), unida en un determinado vínculo (enamorados, charlando, discutiendo, amándose, peleando, caminando, etc.). El leve sombreado que aparece en el centro arriba estimula la proyección de un ambiente en el que está colocada la pareja y puede servir también para la elaboración de situaciones futuras (la pareja aparece haciendo proyectos). El paciente puede tomar mayor o menor distancia frente a la problemática que la lámina estimula. A veces se incluye, diciendo que uno de esos dos personajes es él, lo que supone una pérdida de distancia con respecto al estímulo. Otras veces se excluye de la pareja visualizada y nos relata la historia de una pareja distinta de sí, ante la cual se siente como espectador. Si la distancia tomada es excesiva puede conducir a una historia escueta, nada significativa, pobre. Si la distancia es más saludable, el paciente podrá elaborar una historia rica, sin confundirse con uno de los personajes ni alejarse demasiado de ellos, con lo cual la proyección funcionará más libremente. Diremos entonces que se identifica con ambos personajes, proyectando distintos aspectos de sí mismo.

La medida en que el paciente se incluye en la historia se puede inferir claramente de sus verbalizaciones. Así, puede decirnos: "éste soy yo con mi novia", o bien "una pareja de enamorados que está paseando", o bien "acá veo una pareja; los veo caminando y me parece que la mujer quiere acercarse cariñosamente al hombre". En este último ejemplo el paciente se incluye como un espectador que relata lo que la pareja hace. Otra manera de incluirse sería a

nivel perceptual; en ese caso, el paciente ve una pareja y agrega un tercer personaje, que por lo general es un niño, ubicado entre las dos figuras, abajo. Veamos un ejemplo: "es una pareja, parece haber un niño en el medio, puede ser el hijo". En una forma u otra aparecen proyectados ciertos aspectos infantiles del paciente que le impiden ver la pareja unida.

También es importante considerar el uso del contenido de realidad que el paciente hace en esta lámina, el contenedor que busca para esa pareja: están dentro o fuera de qué, en un ambiente con características realistas o fantasmáticas, etc., lo cual nos permite inferir cómo se estructura y se incluye el paciente en el espacio.

Lámina C3 (3)

Introduce varios elementos nuevos. En primer término, el color: aparece el rojo intrusivo (globo rojo) y difuminado; en segundo lugar aparecen tres figuras claramente diferenciadas; por último, el contenido de realidad es más poblado y más preciso por primera vez y señala una situación de adentro (interior de una biblioteca o living-comedor).

Esta lámina moviliza aquellos elementos relacionados con el conflicto edípico. Si la comparamos con otras láminas de tres personajes (B3 y A3) podemos ver que el marco es más acogedor a causa del contenido de realidad y de la calidez que sugiere el rojo difuminado. Por otra parte, moviliza afectivamente mucho más al paciente que las otras, por la presencia de color en general y por el globo rojo en particular que opera como un verdadero desafío. Es muy interesante comparar la historia anterior con ésta, sobre todo cuando el paciente ha incluido el tercer personaje en la lámina de dos. El rojo de esta lámina, comparado con el de la II del Rorschach, resulta menos violento por ocupar un área menor y aparecer dentro de un contexto más amplio; sin embargo, esto no impide que se utilicen criterios de interpretación aproximados. Los individuos emocionalmente perturbados no incluirán el color, pero quizá su forma de visualizar y el contenido de la historia, unidos a sus reacciones verbales, nos informarán acerca de la manera como ha tratado ese aspecto del estímulo: puede registrarse un tiempo de reacción alargado o producirse una pausa prolongada más adelante. Puede ser que el sujeto comience a verbalizar su sorpresa ("no me

imaginaba esto, ¿qué puede ser?) o su franco desagrado ("si no fuera por este rojo yo diría que..."; "lo que no entiendo es para qué está este rojo aquí...").

Esta última conducta es similar a lo que en Rorschach se denomina "crítica de objeto". Algunos pacientes reparan más en el contenido de realidad que en el contexto de realidad y exclaman: "¡Esta es más fácil!" porque pueden apelar a defensas tales como la descripción, con lo cual evitan encarar el contexto de realidad o lo hacen sólo después de haberse tomado un tiempo más largo para incorporarlo e incluirlo en la historia. Un individuo que incluye sin trabas el color y lo hace exitosamente, que visualiza en forma correcta los tres personajes, que incluye bien el contenido de realidad y puede cumplir con los demás requisitos explicitados en la consigna, es una persona que posee una buena adaptación de sus afectos e impulsos al mundo externo e interno, que tiene un adecuado grado de control racional sobre los mismos y que posee una buena capacidad para elaborar la situación triangular. Puede aparecer la oralidad como vínculo entre los personajes ("están comiendo, tomando el té o café"...). El matiz afectivo del vínculo se puede apreciar a través de otras aclaraciones que el paciente hace ("discuten, son amigos, uno está enfermo, el doctor revisa, charlan de negocios, los padres están retando al hijo, etcétera").

Lámina B3 (4)

Esta es la primera lámina de la serie B que mostramos al paciente. El ambiente se torna menos acogedor: el blanco, gris y negro se muestran con contornos nítidamente demarcados. Respecto de la lámina anterior, el contenido de realidad disminuye notablemente en cantidad y cambia en cuanto a calidad: se torna menos detallado y más austero. Lo que se mantiene es la situación triangular aunque con una variante: ahora aparece una pareja claramente unida y una tercera persona alejada de la pareja. Este personaje puede funcionar dentro de la historia como tercero excluido o incluido y excluyente de alguno de los miembros de la pareja. Cuando la ansiedad es muy elevada, algunos pacientes tienden a negar al tercer personaje homologando esta lámina con otra ya conocida (A2) y a elaborar la historia de una pareja. Entonces, lo que debería ser un tercer personaje se transforma en una cortina, una estatua, una sombra, etc. Esta distorsión perceptual obedece a la necesidad

de controlar la intensa ansiedad persecutoria que movilizaría la inclusión, a nivel perceptual, del tercer personaje con características humanas (no meras estatuas y sombras). En otros casos, la intolerancia a la situación de tercero excluido hace que el paciente vea tres personajes en la figura central, donde habitualmente se ven dos. Interpreta entonces una pequeña curva en el centro, no como hombro de la mujer de la pareja, sino como cabeza de un hijo (bebe en brazos o hijo ya mayor) ubicado entre mamá y papá. De este modo, se refiera o no al personaje del primer plano como alguien que también está presente (alguien que observa la escena, por ejemplo), el paciente ha proyectado ciertos aspectos infantiles en el personaje incluido entre la pareja, recurriendo a una adición perceptual. El personaje ubicado en primer plano puede ser visualizado como el hijo mayor que observa la escena. La inclusión antes mencionada nos permite pensar que ese paciente aún utiliza algunas conductas para sentirse "entre" papá y mamá reclamando atención como cuando era bebé. El bebido aminoraría la culpa que podría surgir en el paciente si adjudica a un hijo mayor la posibilidad de interceptar las relaciones entre papá y mamá.

El impacto de esta primera lámina de la serie B en la secuencia del test puede compararse con el impacto que produce la lámina V del Rorschach por su saturación de negro. En general la respuesta del paciente nos indica su capacidad para enfrentar aspectos sombríos, angustiantes o decepcionantes de la vida. El tipo de vínculo que con frecuencia se proyecta en esta lámina es el de mirar y ser mirado. También incluye la contraparte agresiva de espiar y ser espiado, invadido o controlado a través de la mirada. La envidia puede aparecer en la mirada del que resulte tercero excluido. En algunos casos el paciente se identifica predominantemente con uno de los miembros de la pareja y proyecta en la tercera figura aspectos superyoicos. Por ejemplo, la pareja de novios que se despiden y la madre de la muchacha espía, ejerciendo funciones censoras.

Lámina AG (5)

Es la tercera lámina de la serie A que mostramos al paciente. Estimula angustia más atenuada y de tipo predominantemente depresivo. Explora la capacidad del paciente para tolerar el daño infligido a los objetos queridos, aceptar la ansiedad depresiva y

elaborar pérdidas. Nos indica además cómo siente esas pérdidas y permite expresar la posibilidad de rearmarse frente a los duelos reales o fantaseados, incluyendo los microduelos de la vida cotidiana. Si el paciente no puede sentir depresivamente la situación que la lámina plantea, suele surgir como defensa la ansiedad confusional o la idealización extrema, la cual, si no funciona, da paso a la persecución extrema. Entonces las historias no se refieren a situaciones de pérdida o entierros sino, por ejemplo, a espíritus reunidos en el cielo o figuras demoníacas y amenazantes. Conviene analizar estas defensas dentro de una constelación en la que intervienen la culpa depresiva y la persecutoria. Pueden aparecer bloques cuando hay imposibilidad de elaborar esta situación de pérdida: en tal caso comparamos esta producción con la que se obtenga en la lámina A3 (8), entre las que esperamos hallar una relación de complementariedad.

Lámina B1 (6)

El efecto del claroscuro de esta lámina es comparable con el de la lámina 4 del T.R.O. y con la 4 y 5 del Rorschach. Esta única figura también se visualiza generalmente como masculina. Algunos pacientes incluyen una segunda figura que "está en la cama y no se ve". Es muy importante relacionar las dos láminas en que el paciente afrontó la situación de soledad y ver qué historia elaboró antes y ahora. En este caso ya no se trata de la primera lámina y por lo tanto la ansiedad y defensas que surjan son atribuibles a componentes más estables de la personalidad. La recurrencia en la inclusión de un segundo personaje indica, ahora más claramente, su imposibilidad de estar a solas consigo mismo, por las connotaciones persecutorias de su mundo interno, y busca un acompañante de quien depender, a quien manejar, alimentar, someter, etc. En general la producción ante esta lámina es un índice de cómo va viviendo el test, y cuál es su grado de plasticidad.

Algunos pacientes elaboran una historia en torno de un personaje que encuentra la habitación desarreglada y la ordena antes de salir. Esto podría ser índice de una situación de desorden interno ante el cual el paciente recurre a defensas obsesivas, referidas al orden. También puede darse a la inversa, es decir, historias en las que todo está ordenado al comienzo pero acaba desordenado. Esto es importante como dato pronóstico y como indicador acerca

de la relación transferencial. Esta lámina evidencia los conflictos existentes con la propia identidad. La habitación se interpreta, por ejemplo, como perteneciente a una casa de familia (de la propia familia o parientes del personaje central), pensión, hotel, hospital, etc. El personaje ha tenido acceso a ella porque es suya, la ha alquilado, se la han prestado o va a visitar a otro que es el dueño de la casa, etc. Es decir que el vínculo que el paciente establezca entre el personaje y la habitación es un índice que permite explorar cómo siente su propia identidad. El personaje puede ser visualizado como subiendo o bajando la escalera. Esto, unido a las características que le adjudique al interior de la habitación, nos habla acerca de cómo fantasea su propio interior, en qué medida se acerca (sube) para conocerse mejor y permite al psicólogo el acceso, o se aparta (baja) del mismo e impide que el psicólogo pueda penetrar. Esta actitud de acercarse o apartarse del interior del cuarto representante del mundo interno puede cotejarse con la manera como el paciente distribuye lo peligroso: el peligro está adentro y el personaje entra; está afuera y sale; está adentro y el personaje sale o está afuera y entra. Todo esto nos permite elaborar un diagnóstico y pronóstico acerca de las posibilidades con que cuenta el paciente para tomar *insight* de sus conflictos, qué peligrosidad atribuye a éstos, qué defensas pone en marcha ante la posibilidad de tomar *insight* y en qué medida permitirá al futuro terapeuta un libre acceso a su mundo interior. La historia que brinde el paciente en esta oportunidad sirve también para explorar sus posibilidades de readaptación, por ejemplo, cuando está por ser dado de alta luego de una internación. Si elabora una historia en la que el personaje sale y se maneja adecuadamente en lo que se propone hacer (va de compras, a trabajar, a estudiar, a su casa, etc.) podemos suponer que está en condiciones de afrontar la separación de la institución que hasta entonces cumplió las funciones de un continente protector, planificar la manera de emplear su tiempo, ganarse la vida o incluso reintegrarse a sus tareas habituales. Esta lámina posibilita además la manifestación de aspectos exhibicionistas y voyeuristas. Por ejemplo: "una mujer distraída que se durmió con la puerta abierta y un hombre que pasa, como para entrar a decirle que cierre o quizás a atacarla" (respuesta de un adolescente a una psicóloga).

En general plantea una situación más cercana al Yo del paciente a causa de lo cotidiano del contenido de realidad y por-

que plantea una situación en un adentro. Por eso resulta útil especialmente en casos en que hay que diagnosticar las posibilidades de un paciente para adaptarse a condiciones de vida "normal".

La cama de la lámina puede visualizarse como revuelta o tendida y con algo sobre ella (una toalla, una prenda del que está allí, etc.). Según como sea su inclusión puede servir para proyectar fantasías eróticas, o de enfermedad, o sentimientos de abatimiento y depresión ("El hombre estuvo tirado en la cama"...). También sirve para proyectar algunas de las defensas frente a estas fantasías y sus ansiedades concomitantes, tales como las obsesivas (describir la cama minuciosamente enfatizando el hecho de que está "hecha" y evitando toda alusión al desorden).

Cuando la represión de las fantasías y deseos sexuales es muy severa, el paciente puede evitar cuidadosamente toda referencia a la cama. El cuadrado ubicado sobre la cómoda a veces se interpreta como un espejo y otras como un cuadro, dando lugar a la proyección, en el primer caso, de aspectos narcisistas del paciente.

Lámina CG (7)

Esta lámina, al igual que la 5, plantea una situación grupal pero con una temática distinta: grupo versus individuo con rasgos de autoridad. En la lámina 5 hay seis figuras, y a pesar de que pueden agruparse de acuerdo con su tamaño y ubicación según las necesidades del paciente, la lámina en sí no estimula la movilización del vínculo que ésta promueve. La distribución de las figuras en el espacio y la presencia de colores y rayas horizontales a modo de escalones hace que la lámina CG (7) sea muy útil para explorar la relación del paciente con la autoridad externa e interna (esta producción se puede correlacionar con la de la lámina IV del Rorschach). Este aspecto del vínculo se ve a través de la posibilidad de discriminar aspectos estructurales internos (Ello, Yo y Superyó) en pugna, negada explícita o implícitamente, con posibilidades de conciliación o no, según las características psicológicas del paciente. Por ejemplo, una historia en la que la figura de arriba es "Un señor que baja las escaleras para escuchar lo que le quieren decir los de abajo que son sus empleados...", nos habla de la proyección de aspectos superyoicos poco severos, permisivos, permeables a las demandas del Ello. En este otro

caso, "Los de abajo quieren subir pero no se atreven. Quieren reclamarle algo al que está arriba, pero no se animan...", nos indica la presencia de una fuerte barrera represora poco permeable.

En cierta medida el paciente, en el momento de elaborar la historia, está ejerciendo las funciones yóicas de balance entre esos dos aspectos estructurales en pugna (Ello y Superyó), y la manera como resuelve el conflicto planteado en la historia nos muestra qué es lo que finalmente triunfa en esa lucha interna. En pacientes psicóticos la dosis de agresión que moviliza esta lámina suele ser muy intensa y difícil de controlar con mecanismos defensivos adecuados. A nivel perceptual esto se manifiesta mediante severas distorsiones e historias en las que aparecen personajes tremendamente crueles ("Están por ejecutar a alguien, lo han condenado a la horca, el pueblo vocifera..."). En otros casos, recurren a la deshumanización para controlar la agresión ("Es una pared, abajo hay plantas. Por encima de la pared aparece parte de una planta que está del otro lado y ha crecido hacia aquí..."). Esta misma paciente, una mujer de 25 años, respondió en la lámina I del Rorschach: "Una pared (lo blanco) con revoque que falta en algunas partes (lo gris); la pared está rota, se está cayendo".

Desde el punto de vista adaptativo, esta lámina estimula la proyección de sentimientos agresivos competitivos que, en cierta medida y dentro de un contexto sano, determinan la capacidad de "empuje", el nivel de aspiraciones y el deseo de progreso del paciente. Por este motivo la historia que el paciente elabore es muy útil para diagnosticar sus posibilidades de manifestar sus capacidades potenciales (laborales, educacionales, familiares, etc.). Lo más común es la visualización de "un grupo que pide algo a un señor que está arriba". Si el personaje accede a esas demandas, podemos interpretarlo como un índice en favor de la posibilidad de observar cambios. La dirección del cambio estará determinada por la índole del reclamo que los de abajo hacen al de arriba y lo que implica que éste acceda. La respuesta del personaje de arriba puede indicar un debilitamiento del Superyó, un aumento de su severidad (desplazada por el Yo para ser sentida como una demanda del Ello), o una auténtica manifestación de permeabilidad y entendimiento por ambas partes. Cuando las historias terminan con una negativa rotunda a las demandas expresadas por los de abajo, podemos pensar que existe una resis-

tencia al cambio muy marcada y un deseo de mantener el *statu quo* actual cuyo significado real dependerá de la naturaleza del pedido y del alcance de la negativa del otro personaje.

Hay casos en los que se visualiza "una pileta de natación, se ven las rayas de los andariveles y gente gritando en una orilla; el nadador está corriendo una carrera"... o bien "las rayas pintadas de una cancha de deportes donde se juega un campeonato, la gente grita entusiasmada"... Los pacientes psicóticos muestran serias distorsiones e incluyen elementos bizarros tanto en esta lámina como en la AG (de acuerdo con las muestras realizadas), por lo cual son claves para realizar un diagnóstico. Los pacientes más adaptados, por su parte, utilizan esta lámina para expresar mecanismos de reivindicación del Yo frente al Superyó.

Lámina A3 (8)

Nuevamente presentamos al paciente una lámina de la serie A, vale decir, en gris claro y difuminado. Por primera vez le planteamos la situación triangular a la luz de sus ansiedades más tempranas o arcaicas. Al respecto dice Phillipson: "A media distancia, a la derecha, dos siluetas que casi se tocan; la de la izquierda es ligeramente más alta o está un poco más adelantada que la otra. Estas figuras se hallan rodeadas por un ligero sombreado que se va oscureciendo apenas hacia el nivel de los pies. A la izquierda de la lámina está la tercera figura, levemente destacada del ligero sombreado. De derecha a izquierda en diagonal el sombreado hace un efecto que a menudo se interpreta como un camino o un arroyo que separa la pareja de la tercera figura.¹ Cuando más adelante presenta datos normativos, nos dice que dentro de una muestra de 50 personas todas ven tres personajes (es decir que la omisión de uno o más de los personajes es altamente significativa) y respecto de la identidad sexual de los mismos la mayoría se inclina hacia la interpretación de "tres hombres".

En nuestra muestra, el tema que aparece con más frecuencia es el de la separación respecto de los padres. En esta lámina no hay suficiente realidad que provea de un buen soporte para la escena. El personaje que aparece separado de los otros dos es

¹ Phillipson, H., *Test de relaciones objetales*, Paidós, Bs. As., pp. 33 y 92, 1967.

interpretado frecuentemente como reprendido, postergado, ignorado, criticado, abandonado, etc. por los otros, sentidos como pareja paterna y como autoridad. Esta lámina sirve también para que el paciente logre resolver de una u otra manera el conflicto con la autoridad que no quedó resuelto en la lámina 7 (CG). También nos permite explorar el manejo de la culpa en el paciente (culpa por separarse de los padres, por ataques fantaseados, etc.). Cuando la alusión a la pérdida de los padres (directa o desplazada a otras personas) no aparece en la lámina 5, suele aparecer aquí.

Lámina B2 (9)

En esta lámina hay una ausencia total del blanco. Muestra una pareja en un ambiente exterior, que generalmente se interpreta como una plaza. Puede movilizar historias de desprotección de la pareja frente a circunstancias externas de peligro, privaciones, etc., o de exclusión respecto de todo confort, protección, resguardo, amparo, etc. A veces esto se compensa con fantasías gratificantes (historias de parejas que aún no se han casado y sueñan con tener la casa propia y hacen planes para el futuro). En este sentido la casa funciona como un tercero que rechaza, protege, amenaza, incluye o excluye. Si es vivida como un interior peligroso, siniestro o en ruinas, la pareja puede aparecer huyendo y buscando protección en el afuera. En casos de pacientes "borderline" aparecen referencias a una casa que puede derrumbarse en cualquier momento. Es interesante ver si el paciente ubica la escena durante la noche y la casa aparece iluminada, a oscuras o si por lo contrario es de día. En algunos casos el claroscuro intenso determina el uso de mecanismos defensivos maniacos que operan a nivel perceptual o de la fantasía. Un ejemplo de lo primero: "árboles muy verdes, hay flores en la plaza, es una tarde hermosa y en el cielo se ven los colores del atardecer". Un ejemplo de lo segundo: "en la casa hay una fiesta..." o bien: "en la plaza hay mucha gente y mucho bullicio, es un día de fiesta y toda la gente ha salido"... La inclusión de colores supone un alto grado de patología.

Nuevamente aparece el blanco, gris y negro pero con una proporción de blanco más destacada que en las demás. Esto hace que algunos pacientes traten de interpretar con más detenimiento las porciones blancas, sobre todo la franja oblicua que a veces se ve como el andén de una estación. Las arcadas inducen historias en torno del tema de una visita a ruinas, museos, etc. Otros optan por referirse a los elementos de utilería de una obra de teatro representada o por representar. En general, estas son las interpretaciones más frecuentes del contenido de realidad de esta lámina.

Desde el punto de vista de la cantidad de personajes aparece otra vez la referencia al grupo, un tanto similar al de la lámina CG (7). Uno de los individuos aparece claramente diferenciado respecto del resto, pero sin la connotación de autoridad que la ubicación espacial induce a atribuirle en CG: en esta lámina la figura separada está en el mismo nivel que las restantes. Generalmente las figuras se visualizan como masculinas (adultos o niños). La lámina encara la situación de soledad frente al grupo, la exclusión del grupo de pares. Explora sentimientos de aceptación, rechazo, o indiferencia que el paciente proyecta en el grupo. El personaje excluido puede interpretarse como aislado por castigo, por propio deseo, por diferencias de status, por rechazo del grupo hacia él o de él hacia el grupo, por no pertenecer al mismo y no existir ningún nexo entre ellos, etc. Las historias giran en torno de los siguientes temas: "Un profesor que lleva a sus alumnos a visitar ruinas, el profesor es el que está al costado, se adelanta para explicarles ..." o bien ... "el profesor es el más alto del centro (de los cinco) y éste que está separado es un alumno que se portó mal y el profesor lo castigó" ... o "es un alumno que se adelantó para ver mejor algo" ... "es alguien que pasa por casualidad" ... "es gente que espera un tren, no tienen nada en común" ... "son muchachos que estaban jugando, éste perdió (el que está solo) y están diciendo qué prenda le van a poner".

Las historias recogidas en AG, BG y CG son un buen índice para examinar las posibilidades de inclusión del paciente en una terapia grupal. Asimismo, son importantes cuando el paciente debe ingresar en otros tipos de grupos: escolares, profesionales, laborales, etc.

Lámina C2 (11)

Se trata de una lámina de dos personajes que permite la omisión de uno de ellos (el que está en la cama). La cama y el color amarillo en sus barrotes (que a veces son vistos como velas), induce a pensar en situaciones de enfermedad, muerte, vejez. También puede aparecer el tema de una unión sexual. El rectángulo que aparece encima de la cómoda tiene una coloración rojiza en la edición inglesa, que facilita temas de incendios, peleas, o hechos de sangre. En la edición argentina la coloración es marrón, por lo cual se recogen más bien referencias a "humo que puede venir de la cocina", suciedad y desprolijidad (contenidos ligados a la analidad). Por lo general la figura que está en primer plano es vista en actitud de entrar en la habitación o mirar hacia ella. Frecuentemente se la visualiza como hombre, otras veces, como una vieja. La otra figura es vista en la cama de dos maneras: los pliegues serían la cabeza y el cabello o bien los pies. Cuando las ansiedades en torno de la pérdida de objeto son excesivas, aparecen fenómenos confusionales. El contenido de la historia indicará si el duelo se refiere predominantemente al pasado del paciente (duelo por los objetos primarios) o más bien a situaciones presentes y futuras, en el sentido de proyectos existenciales a los que renuncia. Pueden apreciarse, asimismo, los sentimientos de culpa, las posibilidades yoicas de reparación por el daño inferido a los objetos amados o la deficiencia o incompletud de la elaboración de este proceso, con aparición de defensas maníacas.

*Lámina C1 (12)**

Aparece el color en las dos formas señaladas en la lámina C3: el color intrusivo aparece en el rojo de las rayas de lo que habitualmente se interpreta como repasador. El color difuminado se da en tonalidades rojizas y marrones. El contenido de realidad suele ser interpretado como el interior de una casa humilde, el atelier de un bohemio o el departamento de un solo ambiente de una persona o una familia modesta. Sólo esporádicamente hallamos la interpretación de una casa de campo, que en la muestra de Phillipson es muy frecuente. El contexto de realidad se siente como acogedor. La presencia de elementos de contenido de realidad muy diversos hace que esta lámina se preste para proyectar au-

siedades, aspectos, tendencias, fantasías, etc., de diversa índole. En primer plano, la mesa, la silla y los utensilios que hay sobre la mesa permiten externalizar lo relacionado con la oralidad. El repasador, la canilla y pileta que se visualizan comúnmente a la derecha de la lámina, así como también lo que sugiere una tapa de inodoro a la izquierda y el tono marrón de esta zona, permiten incluir o enfatizar contenidos anales. Es raro que se interprete algún elemento del contenido de realidad en función de contenidos genitales, pero si las ansiedades ligadas a estos contenidos ocupan el primer plano, el paciente las sobreimpondrá interpretando como cama alguna de las formas rectangulares que la lámina presenta. El color rojo puede movilizar connotaciones agresivas o de calidez. Respecto del contenido humano la lámina presenta una figura esbozada detrás de la ventana. Se presta a ser interpretada como alguien de la casa, un conocido que llega o sale, un extraño que merodea, un ladrón que quiere robar, etcétera.

La relación del personaje con el ambiente (casa habitación) y el papel que desempeña en la historia muestran con claridad lo que el paciente supone que ha sucedido entre él y el psicólogo a lo largo de la administración del test. Si el psicólogo es alguien sentido como aliado colaborador, alguien indiferente con quien está por azar, un intruso que se mete en lo que no debe, se mete dentro de él para hacerle algo cuyo efecto puede aparecer fantaseado como beneficioso o perjudicial. En esquizoides, con su habitual valoración del mundo interno, son frecuentes las fantasías de robo o de quedar vacío. Permite además registrar cómo se despidе del psicólogo y del test: la figura puede aparecer como alejándose porque no encontró a nadie (en cuyo caso pensaremos que no se sintió acompañado y comprendido por el psicólogo), como el dueño de casa que sale porque la soledad de su casa lo angustia (como al paciente lo angustia quedarse a solas consigo mismo y con el psicólogo que trata de penetrar en su mundo interno), como un amigo del dueño de casa que lo viene a visitar (una expresión del deseo de establecer un buen vínculo con el psicólogo y de recibir ayuda), etcétera.

Lámina en blanco (13)

Esta lámina va precedida de una breve consigna introductoria con el fin de informar al paciente sobre la nueva situación: la

carencia de estimulación visual. De no mediar aclaración alguna, se observan reacciones de sorpresa, desconcierto, temor de que el psicólogo se haya equivocado de material, agresión, etc. Si, a pesar de la aclaración del psicólogo, el paciente se bloquea y no puede dar respuesta alguna, podemos pensar que la estimulación visual fue utilizada hasta ahora como un punto de referencia indispensable para movilizar la proyección y que, al carecer de ella, el paciente se siente desprotegido y angustiado ante la pérdida de límites. En términos generales, los bloqueos son raros. Esta lámina sirve para recoger una historia que funcione como control de las anteriores, como exploración de la relación transferencial establecida con el psicólogo y con el test. En ciertos casos es la historia clave para formular el pronóstico, pues el paciente elabora algo así como un proyecto existencial.

*Un método para el análisis de las historias*²

Nos parece importante describir el método para el análisis de las historias tal como el propio autor lo publicó en el artículo antes citado. A partir de nuestro contacto con la publicación de Phillipson, hemos trabajado con estos criterios de interpretación porque nos parecen adecuados, en tanto se le da importancia a lo perceptual y se fijan criterios para el estudio de la historia dinámicos y acordes con los objetivos del test.

El método está en íntima relación con la fundamentación del test en tanto presta atención a tres características esenciales en la producción de las historias:

- A. La percepción de la situación de la lámina.
- B. La gente incluida en las historias y sus relaciones.
- C. La historia como estructura y como realización (trabajo).

A. LA PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA LÁMINA

Una distinción entre percepción cognitiva y apercepción de una situación es, dinámicamente, una falsa dicotomía. Sin embargo,

² Extraído de *Una breve introducción a la técnica de las relaciones objetales*, de H. Phillipson, traducido por Ricardo Sheffick para nuestra cátedra de Técnicas Proyectivas de la U.N.B.A., Bs. As., 1968.

un intento de separar los dos procesos nos mostrará que la dinámica que determina la elección de detalles u otras propiedades del estímulo, y su organización en el proceso perceptual, se relacionan con el significado que el sujeto da a la situación de R-O.

Percepción cognitiva:

I) Qué es lo que ve.

II) Cuáles son las principales omisiones (por ejemplo: figuras humanas, detalles principales, uso de los determinantes del clima emocional).

III) Qué está poco o muy enfatizado.

IV) Cuáles son las percepciones y elaboraciones poco usuales (utilizando los datos normativos y el propio juicio, basado en la experiencia, como patrón para evaluar la coincidencia de la percepción con los detalles reales del estímulo).

Apercepción:

Nos interesan en este caso los significados que el sujeto da a los elementos del estímulo que él seleccionó para construir su figura.

I) En qué medida es usual o no (este juicio se hace sobre la base de la información normativa y la propia experiencia, para saber si el significado dado está dentro del espectro de interpretaciones que por lo habitual dan los sujetos, y si no lo está, cuánto se desvía).

II) En caso de que la respuesta sea poco usual, qué dirección adopta (por ejemplo: representa una negación del significado comúnmente adscrito; tal el caso de que la lámina AG se perciba como la escena de un alegre picnic; representa alguna gratificación particular, compensación oral para balancear sentimientos de pérdida; es parte del proceso de negación, etc.).

III) Qué posibilidad de reorganización y flexibilidad puede lograr el sujeto al elaborar un significado para su historia.

IV) Qué se agrega a lo que hay en la lámina.

B LA GENTE INCLUIDA EN LAS HISTORIAS Y SUS RELACIONES

La selección y evaluación de datos en este capítulo estarán basadas en gran parte sobre los principios del análisis de contenidos desarrollados en la tradición del T.A.T. por Murray, Wyatt,

Henry y Bellak. Nos interesan principalmente las formas en que el sujeto se ve a sí mismo en sus relaciones con otros, en cada una de las situaciones de R-O presentadas. Diferentes facetas de su experiencia de relaciones objetales se adjudicarán a los distintos personajes en la historia; así será posible observar sus identificaciones principales.

Las descripciones y juicios correspondientes a los siguientes subtítulos derivarán estrechamente del análisis de las percepciones según se detallará:

I) Qué clase de gente es vista, omitida, agregada.

II) En qué medida se los puede diferenciar claramente como gente (grado de humanización).

III) En qué medida está descrita la interacción de los personajes; en qué forma interactúan (qué es lo que tratan de hacer, evitar, hacerse uno a otro, en relación con las claves que da la lámina).

IV) Cuál es el tema de R-O inconsciente en la interacción; a qué nivel del desarrollo de la personalidad.

V) Cuáles son las principales ansiedades relacionadas con estas relaciones fantaseadas.

VI) Qué ansiedades se expresan, niegan, evitan o manejan.

VII) Cuáles son los principales medios de defensa utilizados para reconciliar las R-O inconscientes con la realidad social más consciente.

C. LA HISTORIA COMO ESTRUCTURA Y COMO REALIZACIÓN

Nos interesa aquí la producción de la historia como trabajo. Las motivaciones para cumplir con las instrucciones dependen no sólo de las relaciones sujeto-psicólogo, sino también de las oportunidades creativas o defensivas inherentes a la situación de R-O de la lámina con la que se enfrenta el sujeto.

I) ¿Llena los requisitos que establecen tres partes? (dónde está la omisión, si aparece).

II) ¿Se presta a las partes una atención balanceada según las instrucciones?

III) ¿Tiene la historia un conflicto? (pues cada lámina representa una situación conflictual de R-O implícita).

IV) ¿Es lógica la construcción de la historia? Si no, en qué forma y cuán ilógica es la secuencia; cuáles son los exactos pun-

tos de enganche (para la posible interacción), dónde hay un corte o una secuencia ilógica.

V) ¿Hay un intento de resolver problema o conflicto en la historia?

VI) ¿Hay un intento de resolver problema o conflicto en la a la acción de la historia? ¿Es el sentimiento apropiado a la historia elegida por el sujeto?

VII) ¿Qué solución se logra: es positiva o negativa; está basada en la realidad o es una solución totalmente fantaseada?

Este método de análisis incluye gran parte de la disciplina esencial para la técnica. Nosotros pensamos que las idiosincrasias perceptuales y la organización aperceptiva mostrarán un alto grado de congruencia con las relaciones objetales descritas en la historia y que, a su vez, la organización y estructura de la historia llevarán el sello de la clase y calidad de las relaciones logradas.

Es posible entonces analizar los datos del test de acuerdo con los tres títulos vistos más arriba, para lograr coherencia interna. Si el análisis sugiere, por ejemplo, que se ha logrado una historia muy buena a pesar de una percepción de la situación inadecuada y poco exacta, o, en contraste, con personajes poco diferenciados y faltos de interacción, un reexamen de la fase tres del análisis generalmente revelará imperfecciones que se pasaron por alto en la historia como trabajo. Por otra parte, el hecho de que el sujeto logró una historia tan convincente informa sobre sus capacidades para disimular incertidumbres en sus relaciones interpersonales.

La construcción del test hace conveniente registrar por escrito el análisis de los datos en una tabla de cuatro por tres, que represente las situaciones de una, dos, tres personas y grupales en las tres series A, B, C. Este método de tabulación posibilita el rápido reconocimiento de las principales características de la percepción, relaciones interpersonales, y estructura de la historia con respecto a las situaciones de R-O en la medida en que varían en términos de realidad, contenido y clima emocional.

Un análisis de la secuencia es un paso esencial para lograr una visión total de la personalidad y especialmente útil para brindar información sobre las defensas del sujeto y su eficiencia.

Indicadores de buena adaptación en cada serie, en las tres series y en cada lámina

La inclusión de estos criterios responde a nuestra necesidad de poner de manifiesto en un psicodiagnóstico tanto lo psicopatológico como lo adaptativo. Si bien en nuestro medio el énfasis recayó sobre el primer aspecto, consideramos fundamental para cualquier evaluación que incluya distintas estrategias terapéuticas, el conocimiento de los recursos adaptativos del Yo.

INDICADORES EN CADA SERIE

Serie A: Cuando en esta serie aparecen predominantemente ansiedades de calidad depresivas, podemos pensar en un índice positivo de adaptación. La posibilidad de elaborar duelos no sólo debe estar referida a la serie A sino también a una buena interacción con la serie C.

La posibilidad de deprimirse coincide con una disminución de la omnipotencia de las defensas (los mecanismos de control y reparación omnipotente son sustituidos por los de control obsesivo y reparación auténtica, poniéndose de manifiesto aspectos más integrados del Yo).

La lámina AG moviliza básicamente ansiedades depresivas (se proyectan situaciones que tienen que ver con la muerte, por ejemplo, escenas de cementerio). En ella se pueden apreciar dos tipos de culpa: persecutoria y depresiva, siguiendo los criterios de L. Grinberg. Hallar una calidad depresiva *in toto* no es fácil; puede haber cierta calidad depresiva, puede aparecer culpa persecutoria disociada y proyectada en uno de los personajes. De todos modos se lo debe diferenciar de un Yo comprometido en una negación omnipotente que funciona a nivel de percepción, y a nivel de la fantasía (tal el caso de las escenas luminosas, de fiesta, picnics, en que las defensas maníacas impiden un acercamiento más real al estímulo).

Serie B: Moviliza los controles yoicos más maduros y es posible que nos dé índices, en sujetos muy perturbados, de aspectos que todavía mantienen una cierta adaptación. La consideración de esta serie es particularmente importante para el pronóstico. Si la producción ante la serie A y la serie C muestra indicadores de psicosis y en la serie B se mantiene, a pesar de lo restrictivo

o de lo empobrecido, un buen contacto con la realidad, podemos suponer, dentro del pronóstico o cuando inferimos datos acerca de la conducta manifiesta del paciente, que tiene todavía posibilidades de una mediana adaptación (realizar tareas domésticas o trabajos que no movilicen un monto de ansiedad intolerable).

Si, por ejemplo, en la lámina B1, cuando el paciente se enfrenta consigo mismo puede hacer una descripción adaptada a la realidad, aun a costa de un empobrecimiento de la producción y las características del estímulo no las vive como muy amenazantes, podemos esperar un mínimo de adaptación que se mantendrá en tanto los estímulos ambientales no lo sobreexijan.

El claroscuro de esta serie moviliza sentimientos de soledad y frialdad expresados en un nivel de cierta madurez, de cierta independencia del objeto, a diferencia de la serie A, en la que prevalece la relación de dependencia del objeto. Si este vínculo más maduro no es posible, se mantienen en la serie B las características de dependencia de la serie A.

En cuanto a las defensas correspondientes a ansiedades persecutorias o depresivas, en la serie B adoptarían un carácter neurótico, en tanto que en la A evidenciarían el grado de disociación y los aspectos psicóticos de la personalidad.

Serie C: En la serie C aparece el color en forma intrusiva y difusa. Estas dos modalidades del estímulo nos permiten ver cuál es la calidad del vínculo emocional que establece el paciente con sus objetos. Es importante destacar que la primera aparición del color intensivo se da en la relación triangular (C3). Al mismo tiempo, en esta serie, tenemos elementos del estímulo que posibilitan la aparición de mecanismos de control a través de un rico y diferenciado contenido de realidad. Esta variable es muy importante porque permite diferenciar los tipos de control cognitivo fundamentales desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico, que van desde el control adaptativo hasta el control onnipotente. El adaptativo se infiere de una buena integración de los elementos de la realidad con las emociones movilizadas por el color, sobre todo el intrusivo. Negarlo, como en el caso de descripciones sin vínculo, o que acentúan los mínimos detalles, supone un control de tipo onnipotente que empobrece al Yo y le impide sentir.

Veamos en primer término lo referente a la variable "percepción". Consideraremos aquí las adiciones, omisiones y distorsiones. Las adiciones se proponen incluir nuevos vínculos para que la dependencia con un único objeto sea menor y le permita distribuir la intensa ansiedad que él moviliza. Esta distribución puede ser una defensa muy útil para el Yo en lo que respecta a su adaptación, dado que permite proyectar en distintos objetos los vínculos y ansiedades que originariamente estaban dirigidos a un objeto único. Las adiciones implicarían, desde este punto de vista, la búsqueda de nuevos objetos. Lo importante es analizar qué calidad tienen esos nuevos objetos: si son objetos buenos que refuerzan el Yo y lo protegen, si la calidad persecutoria es tan grande que añade nuevos objetos persecutorios, fallando el intento que pudo haber sido adaptativo. La calidad y cantidad de las adiciones puede constituirse en un elemento pronóstico de la conducta manifiesta del paciente en cuanto al modo de relacionarse con otras personas.

Las distorsiones, según su grado y calidad, suponen una mayor desadaptación del Yo en su relación con la realidad. Es importante evaluar si la distorsión se ha efectuado siguiendo la línea de los rasgos esenciales del objeto, aunque algunos aspectos se hayan anulado y otros se enfaticen, o si no se respeta en absoluto la naturaleza del objeto y se lo transforma en algo radicalmente distinto. Ejemplo del primer caso sería percibir como "estatua" o como "espíritu" lo que debería percibirse como una persona. Ejemplo del segundo caso sería percibir plantas, piedras, animales u objetos en lugar de personas, descartando por completo la posibilidad de ser humanizados. Las distorsiones suponen un distinto grado de patología, según la serie: las distorsiones en la serie A no son tan significativas como las de la serie C, e incluso dentro de ella revisten mayor importancia las que se hacen en una lámina como la C3, con un contenido de realidad rico y diferenciado.

Con respecto a la negación, puede funcionar como recurso adaptativo (protector contra estímulos cuya inclusión puede desencadenar graves perturbaciones) o como mecanismo encubridor de una distorsión que sólo podría explicitarse en el interrogatorio. Desde el punto de vista aperceptivo, los ajustes al clisé indican

una mayor adaptación que incluye, en todo caso, la patología de la sociedad de la que se extrajeron los elisés. Ajustarse al elisé supone ajustarse a una norma, pero también puede implicar el uso de un cierto pensamiento o forma de vincularse con el mundo rígida y estereotipada. El ajuste a la norma puede ser flexible y permitir el reconocimiento de la individualidad o puede ser rígido y convertirse en un modelo de la manera como piensa y siente la mayoría (adaptación muy rígida a la patología social).

En cuanto a la variable "gente en la historia" veremos cada uno de sus ítems. Respecto de "gente vista, omitida o agregada" cabe interpretar el material aplicando las mismas consideraciones teóricas expuestas en lo referente a "percepción". Con respecto al "grado de humanización" una buena adaptación incluirá que los estímulos humanos sean vistos como personas. Las deshumanizaciones que incluyen "siluetas", "títeres", "estatuas", "fotografías", etc., están mostrando una necesidad de evitar identificaciones proyectivas y contenidos muy persecutorios. El hecho de ver personas no significa por sí mismo una buena identificación con el otro. Un buen grado de humanización implica:

- 1) Riqueza en la descripción de los personajes.
- 2) Vínculos explicitados entre los personajes.
- 3) Vínculos que permitan la proyección de los aspectos bisexuales de la personalidad. Por ejemplo hacer una identificación de mayor peso de la parte masculina activa, pero al mismo tiempo vincularse con los aspectos maternos, creadores y ricos de su propia parte femenina.

4) Inclusión de las identificaciones con distintos aspectos de su propia evolución vital, es decir, infantiles, adolescentes, adultos, así como también la capacidad de proyectarse en el futuro con todo lo que implica la muerte como interrupción muy frustrante o como trascendencia (ligada al sentimiento de realización). Esto reviste especial importancia en el tratamiento de pacientes que atraviesan por crisis evolutivas serias (menopausia, enfermedades somáticas graves) y en tratamientos geriátricos. Las láminas AG y C2 son las que brindan mejor información al respecto.

En cuanto al tipo de vínculo podemos discriminar los vínculos personales y los establecidos con los elementos no-humanos de la lámina. Acá aparecerían las relaciones de amor y odio con los padres, los hermanos, la pareja, los amigos, etc. También puede

manifestarse en otras realizaciones vitales (por ejemplo el amor al trabajo, a la profesión, al arte, a la naturaleza), como vínculos amorosos o destructivos que se establecen con el mundo y que tienen mucho que ver con la calidad de las relaciones objetales internas. La adaptación en un vínculo estaría centrada en una buena discriminación. En el polo opuesto está la confusión, el tipo de vínculo simbiótico o narcisista en los cuales los objetos son exclusivamente partes del sujeto y no se los puede diferenciar bien. Otra característica adaptativa de los vínculos es que se establezcan predominantemente con objetos totales, lo cual implica ambivalencia, y por lo tanto emergencia del conflicto movilizado por la lámina, el cual debe captarse y de alguna manera resolverse. Si la resolución se da en un nivel depresivo y genital estaríamos frente a un nivel de adaptación óptimo. Es importante que la vivencia del conflicto implique lucha por parte del Yo, la cual debe tomarse como un indicador positivo para una futura labor terapéutica. Lo contrario es el sometimiento pasivo del Yo a elementos amenazantes de sí, sentidos como propios o proyectados, que paralizan y evitan luchar utilizando la capacidad del Yo de percibir alarmas y defenderse. En una buena adaptación las ansiedades son predominantemente depresivas y no persecutorias o confusionales (aunque las ansiedades confusionales son las que muchas veces detectan la capacidad de lucha y el intento de salir de una situación muy persecutoria).

Veamos ahora lo que esperamos encontrar como índice de una buena adaptación referida a las defensas. En términos generales las defensas neuróticas deben prevalecer especialmente en las series C y B. Concedemos especial importancia a la represión, que funciona estableciendo un buen clivaje entre lo consciente y lo inconsciente. Su inadecuado manejo implica una excesiva endebles o labilidad que llevaría a la invasión de los contenidos del proceso primario. El control del sadismo es otro mecanismo defensivo que se torna adaptativo si se lo incluye dentro de la constelación depresiva al servicio de la protección del objeto. El control omnipotente estaría dentro de la defensa maníaca (controlar el objeto, por ejemplo, a través de la identificación proyectiva). Un discreto grado de idealización, en el sentido de ponderar las bondades del objeto dador, es un indicador de buena adaptación; la idealización extrema, en cambio, estaría mostrando una relación en la que el objeto idealizado paraliza al Yo y lo mantiene en un vínculo

muy dependiente. Esta idealización suele fracasar por el incremento de envidia que pone en marcha, y el fracaso trae aparejada la emergencia de la persecución subyacente.

Con respecto al nivel de evolución en que se dan las relaciones objetales, el T.R.O. provee de estimulaciones importantes en todos los niveles. Un índice de buena adaptación sería la emergencia de fantasías coherentes con el nivel de evolución psicosexual que la lámina estimula. Al mismo tiempo, es importante que las distintas fantasías converjan en un nivel de integración genital, por ejemplo láminas de pareja y de conflicto edípico.

Pasando ahora a la variable "la historia como trabajo", esperamos que se ajuste a la consigna, que sea coherente, lógica, que incluya los tres tiempos con acentuación del presente, y trate de resolver el conflicto específico que plantea cada lámina. Es importante que no haya decentración del conflicto. Esto podría ocurrir por ejemplo cuando la lámina plantea una situación grupal y el paciente elabora el conflicto a nivel de la pareja.

INDICADORES EN CADA LÁMINA

A1. Es la primera lámina y enfrenta al paciente con su soledad en una situación regresiva de dependencia. Nos podemos plantear si a través de esta lámina es posible extraer elementos útiles en la consideración de una posible relación terapéutica, dado que lo enfrenta con la soledad, con situaciones regresivas, amenazantes, etc. La situación de dependencia creada por el estímulo nos permite explorar la relación transferencial a través de las alusiones que puedan aparecer en la inclusión de un segundo personaje. También aparecen fantasías de enfermedad y curación. Es la primera lámina que lo enfrenta con la soledad, con su salud, con su enfermedad, con sus aspectos adaptativos y patológicos, y a través de la cual pueden explicitarse ciertos recursos de curación, de eventual adaptación o de sometimiento a la situación con salidas más o menos extremas. Hay historias en las que se ve claramente, que la única salida en ese momento es el suicidio o el "acting" psicopático. A medida que progresa la administración del test y elabora intensas ansiedades persecutorias ya no incluirá defensas de este tipo. Aparecerán en la lámina en blanco, por ejemplo, fantasías acerca de su futuro con un mejor grado de adaptación que el de la lámina A1. Esto sería hasta cierto punto la situación

experimental de cómo se maneja un paciente en su viaje a la interioridad, mirando hacia adentro y al mismo tiempo en continua relación con el afuera, qué es lo que ocurre a través de todo ese viaje: si vislumbra la posibilidad de seguir adelante o de regresar y quedar detenido, si se enriquece y se fortalece durante el proceso o, por lo contrario, sus defensas van disminuyendo y aparece mucho más débil que cuando empezó.

A2. Las historias de pareja que estimula la lámina pueden analizarse desde distintos ángulos, ya que no siempre aparece la pareja de la historia como relación con un objeto externo. Este sería un nivel de análisis, el otro es interpretar la pareja como proyección de la propia relación interna bisexual, o una pareja más primitiva en relación con el vínculo actual (por ejemplo, una pareja materno-filial con fantasías orales). Este tipo de vínculo puede compararse con otras parejas que aparecen en el test en situaciones de mayor realidad, como por ejemplo la B2. El índice de adaptación de un conflicto manifiesto tiene que ver con la modalidad en que éste se presenta, dado que la explicitación no necesariamente es un buen índice de adaptación. Según la modalidad en que aparezca, la explicitación puede ser una negación maníaca de aquello que subyace y que es evidentemente la verdadera patología. Por ejemplo, la adición de un tercer personaje por intolerancia ante la situación de pareja, un niño en el medio, un embarazo, un proyecto de embarazo, pueden ser fantasías de reparación maníaca de la pareja, que encubren un vínculo deteriorado, arruinado, estéril, frustrante, etc.* Suele suceder que esta segunda lámina provoque una sensación de alivio para quienes están muy asustados por la situación de soledad o de enfermedad y las fantasías incluidas que ha movilizó la A1. El hecho de tener un objeto acompañante dado por el estímulo (y no producto de una adición personal) tranquiliza. En esta lámina de pareja puede aparecer un vínculo de tipo fóbico en el que la pareja sirve para negar, enmascarar o evitar lo que apareció en la primera lámina.

A3. Esta lámina promueve vínculos que enfatizan la separación, la despedida o la llegada, movilizó fantasías sádicas, cargadas de muerte que no se expresaban tan claramente en otras láminas

triangulares; el componente amoroso está menos acentuado. La resolución del conflicto edípico tiene una mayor carga sádica por las fantasías de muerte que moviliza específicamente esta serie A y no por la presencia explícita de escenas de contenido sádico. Evoca situaciones irreversibles e irreparables de separación: el hijo que se aleja muy arrepentido pero que no vuelve más, que enferma a los padres, que los deja llorando para siempre. En la B3, por ejemplo, la situación está centrada en alguien que espía a una pareja en actitud amorosa, las fantasías están puestas más en el tercero excluido, frente a una pareja que se mantiene unida. En A3, en cambio, puede aparecer el daño hecho a la pareja, cubriendo un espectro que va desde una constelación de tipo esquizo-paranoide a otra predominantemente depresiva. Si el paciente muestra mayor carga de sadismo en esta lámina que en las situaciones triangulares de las otras dos series, tal conducta es considerada por nosotros como un buen indicio.

AG. Moviliza predominantemente ansiedades depresivas que pueden llevar a elaboraciones melancólicas o maníacas como antípodas. Es importante la aparición de la culpa y los afectos relacionados con la depresión misma (la tristeza y el penar por el objeto perdido). La contraposición de los dos grupos permite que en el mismo Yo podamos ver los aspectos destruidos y los reparadores. Hay una parte del Yo que pena por el objeto perdido (elaboración típica del cementerio). Otra manera de enfrentarse con la lámina sería ver un picnic, gente tomando sol, una fiesta, etc. (típica elaboración maníaca). Suelen mobilizarse también defensas maníacas vinculadas a una estructura más esquizoide, tal como ver un parque con estatuas, ejemplo que implica deshumanización y cosificación con "congelamiento" de los afectos. Otro tipo de elaboración maníaca es aquella en la que predomina la idealización omnipotente a través de personajes inmortales (dioses, ángeles) o que ya han superado la muerte física y renacen a otra vida, ahora eterna (espíritus, ánimas, santos, etc.).

Otra constelación es aquella en la que predomina el sadismo y la ansiedad y culpa persecutorias: escenas de juicios, inquisición, Ku-Klux Klan, condenas a muerte crueles, suplicios, etc. En estas elaboraciones el Yo sucumbe frente a un Superyó muy cruel, y cabría caracterizarlas como paranoides y melancólicas.

Lo más adaptativo sería la posibilidad de percibir el conflicto frente al duelo y utilizar defensas depresivas con disminución del sadismo. Aun cuando en la historia se dé una elaboración parcial, es importante que por lo menos una parte del Yo esté comprometida a través de la inclusión de un personaje, por ejemplo, que se hace cargo del llanto y de la pérdida a pesar de que otros permanecen indiferentes.

A veces se capta el clima depresivo sin poder elaborarlo a nivel de drama humano. Se lo desplaza a un paisaje helado, en donde no hay dolor, porque sus habitantes (focas, pingüinos, etc.) viven en ese ambiente y lo helado no les hace sufrir puesto que es su habitat: negación maniaca de la capacidad de sufrir por las pérdidas aunque adaptada a la realidad.

Las historias en torno de picnics o fiestas implican el predominio de la elaboración maniaca con menor adaptación a la realidad. Esta lámina sirve de jalón para compararla con los duelos movilizados por las otras series, fundamentalmente por la lámina C2, donde aparece la situación depresiva a nivel adulto, la pérdida de una parte del Yo o la pérdida de la pareja. El tratamiento del color es muy semejante al de la serie A, y el color predominante es el azul. El tercer término de comparación sería la lámina en blanco.

A través de este trabajo podríamos apreciar la capacidad de reparación a distintos niveles: cómo elabora la pérdida del psicólogo a través de cuyo vínculo ha revivido sus pérdidas, y cuáles son sus fantasías reparatorias explicitadas en los desenlaces. Comparar distintos niveles de elaboración de duelos es un punto clave en el psicodiagnóstico: nos permite prever posibles resultados terapéuticos, abandonos de tratamiento, o buenas adaptaciones a los mismos, así como también cambios adaptativos sin recursos terapéuticos.

Hacerse cargo de la depresión que moviliza la lámina AG supone la posibilidad de una cierta capacidad de elaboración de la situación de duelo, que se expresa a través de la historia misma, de su riqueza, del contenido de sus vínculos, de las defensas utilizadas y de la capacidad yoica de reparación. La pérdida y la culpa por la muerte del objeto que aparece en la historia no deshace ni castiga al Yo hasta el punto de paralizarlo e impedirle su funcionamiento. Debe detectarse además el tipo de ansiedad predominante (decimos predominante porque no necesariamente tiene que

aparecer ansiedad depresiva en bloque); puede coexistir con ansiedades confusionales que representen un pasaje hacia la reparación o el fortalecimiento de la constelación esquizo-paranoide. Estas vicisitudes se dan en la historia de esta lámina o en otras.

B1. Ante esta lámina el paciente se puede reconocer solo, en un ambiente un tanto hostil, frío, desprovisto de calidez, pobre. Le brindamos muy pocas posibilidades para defenderse de la sensación de estar solo consigo, dado que los pocos objetos son sencillos y austeros como para no favorecer la permanencia en la propia interioridad. La descripción no es una defensa exitosa el franco desplazamiento de lo proyectado a un afuera es favorecido por el estímulo. Hacerse cargo de lo que ocurre al volverse hacia adentro tiene implicancias para un futuro terapéutico; por ejemplo: el paciente puede verbalizar si es capaz de quedarse adentro y no escapar. Hay muchos examinados que cuando llegan a esta lámina fantasean estar en una pieza de hotel, en un cuarto de pensión, en un lugar de corta permanencia, lo cual mostraría una incapacidad de asumir la identidad en forma permanente y la sensación de entrar en algo prestado, alquilado, ajeno. En ciertos casos se menciona un cuarto de hospital o sanatorio, mostrando cómo "meterse dentro" tiene especialmente que ver con la enfermedad y la búsqueda de un continente apropiado para curarse.

Otro ítem importante se refiere a la fantasía acerca de cómo sale de allí (cumpliendo con la parte de la consigna que alude al futuro): si sale con miedo, con ganas de volver, después de haber sentido que ha realizado algo, que ha tomado contacto consigo mismo, con real curiosidad, o si por lo contrario entra y sale rápidamente o entra sólo para dormir, evitando tomar contacto con lo de adentro. Entrar implica también todas las fantasías de encuentro con lo que tiene adentro (fantasías de desorden, de revoltijo, de robo, de descuido o, por lo contrario, de orden rígido). Esta última posibilidad podría ser considerada una dificultad en el futuro tratamiento, en cuanto implica romper el *statu quo*, cosa que para el paciente puede significar el caos.

En cuanto a salir, que podría ser asimilado a la capacidad de reorganización del Yo posterior a la regresión, puede aparecer en esta lámina mediante: negación de lo ocurrido a través del sueño (el protagonista se va a dormir y en cuanto se despierta se va para el trabajo); proyección en el afuera de lo que no se puede aceptar

adentro (situaciones peligrosas o siniestras en la calle); defensa maniaca (en la casa del protagonista hay una fiesta familiar, sube a cambiarse y se incorpora a la fiesta).

B2. Esta lámina plantea una situación de pareja con ciertas características: el árbol, como contenido de realidad, es un elemento vivido generalmente como protector, y a la casa se le adscriben importantes connotaciones. Esta es una lámina de pareja en tanto son dos seres humanos bien discriminados; no obstante siempre aparece un tercero que incluye y contiene o, por lo contrario, excluye y mantiene afuera (por ejemplo, la casa suele convertirse en un mal continente para la pareja, que no puede entrar en ella). La casa puede así movilizar fantasías de ataque a la pareja que, en la relación transferencial o en el vínculo terapeuta-paciente, tienen importancia. El estímulo posibilita la proyección de fantasías de futuro y unión (lo que se puede construir juntos) y, por otro lado, fantasías de separación. Es importante ver, en una situación "de afuera", cuál es el contenido que se le da al "adentro" y cuál es el grado de disociación respecto del afuera o viceversa. El "afuera" puede tener características idealizadas, de gran protección y apoyo, de gran ensoñación, sirviendo la casa como depositaria de todos los elementos negados, proyectados y no tolerados de la pareja. Afuera hay una pareja idílica, confiada, y adentro hay una madre o un padre que no permiten, que tiranizan, etc. También aparecen fantasías relacionadas con la actividad sexual y, en este sentido, puede estar disociado un afuera permisivo o incluso cómplice (frecuente en las parejas adolescentes) y un adentro atacante o represor que obliga a la pareja a refugiarse en un afuera permisivo.

Es importante cotejar la disociación establecida en esta lámina con la de la B1. La pareja afuera también nos está mostrando la fuerza del mundo externo en tanto signifique apoyo, privación o ataque. La pareja que se fantasea normalmente es una pareja adulta, hecho importante desde el punto de vista pronóstico, que nos permitirá apreciar los vínculos adultos de una posible pareja terapeuta-paciente, requisito importante en el planeamiento tanto de una terapia larga como de una breve, pero fundamentalmente de esta última (alianza terapéutica, parte adulta de la personalidad).

B3. Desde el punto de vista del contenido de realidad, esta lámina presenta la situación de un doble continente: se está afuera de algo (habitación, sugerida por el sector blanco con la puerta), pero dentro de otro algo que lo incluye (marco más oscuro en primer plano). El drama no sucede en la calle, por ejemplo, sino en el hall de una casa de departamentos o de un teatro, en un pasillo, en un hospital, etc. (No es el caso de la lámina B2, en la que la situación externa y la relación interno-externo es claramente visualizable.) En lo relativo a contenido humano, esta lámina facilita la fantasía de exclusión del tercero en términos de relaciones espaciales: un personaje en primer plano espía a dos que están en el fondo. La exclusión del tercero en la lámina C3 puede hacerse incluyendo fundamentalmente el tiempo, por las características del estímulo: es alguien que se está por ir, es alguien a quien se está por echar, o es alguien que está peleando con otro y se va. Aquí es uno que está a distancia de otros dos, respecto de los cuales está separado por un espacio. A través de esa espacialidad se puede compaginar toda una serie de fantasías, no sólo de exclusión sino de inclusión. En la percepción es frecuente que la pareja se convierta en tres: un bebé en los brazos, una mujer embarazada o un chico entre medio. La intolerancia a la exclusión espacial hace que el tercero quede en primer plano, pero al mismo tiempo se incluya o se meta dentro de la pareja (utilizando el borde redondeado superior izquierdo).

Otro caso sería aquel en el que se tolera estar afuera, pero al mismo tiempo se incluye en la pareja como un bebé. Otra variante suele ser no incluirse en el medio sino hacer pareja con uno de los padres y excluir al otro, que queda en primer plano. También se puede cosificar al tercero, convirtiéndolo en una estatua.

Habría otras alternativas posibles: se disocia incluyendo una parte regresiva dentro de la pareja (bebé en brazos o embarazo) y otro aspecto más adulto queda como tercero en primer plano (esta inclusión se hace sobre la base del mantenimiento de una imagen de pareja unida.) La tercera alternativa, que consideramos como menos adaptativa, consiste en la inclusión de un hijo mayor junto a los padres, lo cual implica una disociación especular con fuertes componentes narcisistas, como una solución de compromiso frente a la exclusión.

Desde el punto de vista pronóstico, lo más adecuado sería la elaboración de la situación de exclusión, la presencia del tercero frente a una pareja unida.

En general, en esta lámina y en todo el test existe la posibilidad de que el paciente nos muestre los distintos vínculos interactuando. A mayor exclusión o negación aperceptiva, mayor temor a las identificaciones proyectivas y mayor dificultad para las reintroyecciones posteriores. Estas dificultades las podremos comprobar tanto en la devolución como en una futura terapia.

BC. Esta lámina plantea una exclusión en relación con un grupo de pares.

A través del contenido de realidad se plantea, como en la B3, la situación de exclusión espacial. En este caso hay un afuera y un continente que, si bien no es completo, permite proyectarlo como un continente entero sin forzar demasiado el estímulo. Las fantasías aluden a ruinas, convento, colegio, estación, hospital, etc. Igual que en la B1 aparecen fantasías de continente pasajero (estación) o estable (convento, escuela, etc.) y también fantasías de enfermedad y curación.

En nuestra experiencia, ésta es una lámina muy útil para comprender la dinámica de lo que siente el paciente en torno de una posible alta. La conformación del estímulo hace que en esta ocasión lo espacial refuerce el pedido incluido en la consigna respecto de la secuencia temporal: el paciente puede fantasear lo que el personaje siente que queda adentro y atrás y lo que queda afuera y hacia adelante, cosa que nos permite entender sus recursos internos frente a sus expectativas de reintegro al medio. O sea, el que se va puede mirar hacia lo que deja y pierde, con envidia, con nostalgia, con desprecio, con agradecimiento y/o estar abierto a un futuro dado en el estímulo por esa especie de vereda. Por ejemplo, hay pacientes que frente al alta extrañan y no pueden tolerar el recorrido (en la fantasía) de ese tramo entre la entrada y la vereda, o sea entre el pasado y el futuro. Están en medio de la calle o la vereda y no pueden tolerar estar allí. Es tan grande su sensación de soledad, de inseguridad, de no sentirse fuertes para encarar el futuro, que miran al grupo que quedó dentro como el que les provee de mayor seguridad, a pesar de que es el grupo enfermo. Resulta paradójico que mientras están adentro muestran una profunda envidia por el sano que está afuera (el médico, el psicólogo, las enfermeras, las visitas) y que puede entrar y salir; al mismo tiempo, cuando están afuera como sanos,

envidian la seguridad del que quedó adentro del hospital, al que se vive como continente seguro. Tal es lo que sucede cuando no pueden hacer el pasaje, cuando no consiguen elaborar la pérdida que significa la mejoría.

Para el enfermo mental o el delincuente esta es una prueba de realidad respecto de las condiciones internas en que se halla para funcionar nuevamente fuera del hospital o de la cárcel; muchas veces están saliendo y las fantasías son de volver. La recidiva ya está presente, porque internamente no se sienten fuertes como para poder arreglárselas solos. Para un adecuado pronóstico debe ponderarse la fortaleza o debilidad en función del resto del material que brinda el test.

Esta lámina también permite la aparición de fantasías de exclusión del grupo en relación con temores homosexuales, conductas agresivas impulsivas, que en ocasiones se pueden tomar en cuenta cuando se piensa derivar hacia una terapia grupal. Suelen aparecer también temores ante el contacto en pacientes con características esquizoides (nadie tiene que ver con nadie, es gente reunida esperando un tren o algún otro vehículo). Puede distorsionarse la situación de individuo-grupo y transformarse en una pareja rodeada de otros individuos (un personaje aislado en pareja con el más alto del grupo de cinco: dos maestros que conducen un grupo de alumnos). Una manera de atenuar las ansiedades paranoides suscitadas ante la exclusión respecto del grupo es otorgarle al excluido un rol de líder, que controla la acción que ejerce el grupo. Cuando esto no se logra, el grupo aparece confabulado o conspirando contra el excluido.

Los adolescentes proyectan frecuentemente y con claridad temores de violación, de ataque, de parte de un grupo vivido como patota o, inversamente, el grupo es el que ayuda, controla, esclarece frente a la confusión (ayudando a alguien que está perdido).

C1. Esta lámina, por sus características y por ser la número 12, condensa todo lo que piensa y siente el paciente en relación con la despedida del psicólogo. Por lo tanto, implica también la identificación proyectiva con el psicólogo a través de la cual nos muestra cómo se ve él, cómo quedó después de la prueba y con qué cuenta para enfrentarse con la despedida, con la terminación del test y el eventual comienzo de un tratamiento. Por las carac-

terísticas del estímulo pueden aparecer fantasías en distintos niveles de la evolución psicosexual: orales, anales y eventualmente genitales. Esta lámina permite entender lo que siente el paciente con respecto a mirar y ser mirado por el psicólogo. Si él acepta mirarse, evidentemente va a aceptar que lo miren: esto es precondición de una acción terapéutica. Para poder ayudar y ver lo que ocurre dentro, hay que contar primero con la anuencia de aquel que necesita ser mirado. Si eso no se da, nos hallaremos ante una serie de resistencias que se opondrán a la intervención terapéutica. Sabremos, en primer lugar, qué posibilidades hay de una intervención a ese nivel, y también lo característico del contenido de esa aceptación o resistencia a que lo miren.

Es la lámina que presenta mayor contenido de realidad. El acento puede recaer en elementos accesorios e incluso bizarros, o bien en los que realmente resaltan y movilizan la fantasía en la mayor parte de los pacientes. La presencia del color intrusivo (distinto del rojo intrusivo de la C3) se convierte a veces en el elemento disonante que puede movilizar confusión. Estimula la crítica proyectada, es decir la crítica de objeto más que la crítica de sujeto, en términos de Rorschach. Podemos comparar el repasador o la toalla de esta lámina con la de la B1. En ésta, la toalla sirve como signo de que la cama está deshecha, o está bien hecha, pero algo quedó afuera, en desorden, poniendo tanto en este elemento como en el de la C1 la necesidad de control.

Esta lámina permite la proyección de aspectos de calidez humana, de vida, creadores, tanto a nivel de alimento como a otros niveles. En nuestra experiencia esta lámina es importante sobre todo en las mujeres, porque allí se proyectan fantasías de esterilidad o creatividad; en los hombres nos permite ver de qué manera está elaborada la fase femenina, cómo es vivido el interior del cuerpo de la madre que posee elementos de todo tipo, que alberga la posibilidad de todos los contenidos.

En general las mujeres con muchos problemas con la creatividad, las mujeres estériles o las que fantasean que lo son o que lo serán, perciben una habitación donde no hay vida, donde no hay nada que hacer, excepto limpiar (típico control obsesivo de las fantasías anales o las fantasías de cloaca, básicas para comprender la psicología femenina).

En esta lámina hay un afuera y un adentro. Existe la posibilidad de proyectarse en la figura que está afuera: la sombra, o fan-

tascar lo que puede hacer suyo un sujeto en el continente o el adentro. Por otra parte aparecen las posibilidades de la relación entre el que está afuera y el adentro: qué es lo que hace allí adentro, qué es lo que siente (reaparecen las fantasías de la B1 de entrar y salir rápido o de entrar y quedarse en un lugar acogedor o entrar para limpiarlo o entrar para robar). Se pueden ver las distintas modalidades de quedar contenido en algo. Desde el punto de vista pronóstico implica también entender cuál es la vivencia del continente terapéutico.

Si el de afuera no se percibe, está omitiendo la parte de él que ha mirado proyectada en el psicólogo y que no puede aceptar. Esta negación está relacionada con fantasías muy destructivas respecto de mirar y ser mirado. La aceptación de mirar y ser mirado implica una fantasía reparatoria en ese vínculo que conduce a una actitud de aceptación de la intervención terapéutica y por lo tanto constituye un índice de buen pronóstico.

C2. Esta lámina estimula fantasías de pérdida con mayor contenido de realidad que la AG y permite una comparación de distintos niveles de elaboración del duelo. Es una lámina muy interesante para investigar en los jóvenes la relación que establecen entre el futuro y la existencia misma. En los pacientes adultos maduros y ancianos podemos apreciar la relación de la pareja frente a la separación, la enfermedad y la muerte.

Los sentimientos depresivos, que pueden aparecer en cualquier edad, en los jóvenes o adolescentes se centran alrededor de la muerte de los padres. El personaje que se acerca es portador de fantasías reparatorias (viene a ayudar, a curar, a aliviar, a cuidar) o destructivas o amenazantes (viene a robar, a atacar, a asustar, etc.), o fantasías de fracaso de la reparación, ligadas a sentimientos de desesperanza (llega tarde y se enfrenta con la muerte consumada). En relación con esta última posibilidad, es importante ver qué clase de vínculo mantiene con el objeto. Cuanto más lejos ubica al sujeto respecto del objeto muerto que provoca culpa, más difícil se torna la posibilidad de vivenciar y elaborar la situación depresiva.

La muerte puede aparecer negada (no ve a la persona de adentro) y desplazada al contenido de realidad o al contexto de realidad: casa triste, arruinada, sucia, que está por quemarse o que

está quemándose. La lámina C2 puede convertirse entonces en otra B1, si no se puede tolerar un aspecto del estímulo que implica tolerar la muerte o la enfermedad del objeto. Se narrará una historia de soledad similar a la de la B1, en la cual la relación de pareja, con su componente de reparación o de destrucción, queda escindida. Las elaboraciones de mejor pronóstico están dadas por el esposo que va a ayudar, el hijo que viene a cuidar, el médico que viene a curar. La gravedad de la enfermedad, su pronóstico y la irreversibilidad de la situación muestran las posibilidades reparatorias que se reserva el Yo del paciente. Cuando el paciente ha atravesado por una situación de pérdida real, esta lámina nos permite evaluar cómo se ha dado la vivencia de pérdida de partes del Yo, en un nivel distinto de aquellos otros casos en los que la pérdida sólo se fantasea.

El modelo de elaboración de la C2 es distinto de la AG no sólo por el contenido humano sino también, y básicamente, por el contenido de realidad, que permite una mayor inclusión de elementos adultos que los de la AG.

En general, hay coherencia entre una elaboración del duelo en la AG y la C2. Cuando esto no ocurre, tenemos que pensar que en la C2 está colocado un elemento más actual en relación con una pérdida de objeto real o fantaseada o con una pérdida de aspectos narcisistas vinculada a una situación crítica (crisis de madurez, menopausia) o una combinación de ambas (casamiento de hijos, etc.). En estos casos pueden aparecer elaboraciones más maníacas en la C2 que en la AG (a la menopausia pueden contraponer, por ejemplo, la necesidad de nuevos hijos, aparecer historias referentes a promiscuidad sexual, identificaciones con personajes muy jóvenes que comienzan de nuevo a vivir, lo cual implica que no se acepta sentir lo vivido como perdido). De ahí la importancia de evaluar las capacidades potenciales para elaborar los duelos a través de las comparaciones entre distintas láminas y series.

El tratamiento del color rojo difuso en esta lámina permitiría la aparición de emociones de calidez, de protección, que contribuirían a morigerar las ansiedades paranoides derivadas de una mala elaboración depresiva (velas de color amarillo).

En nuestra experiencia con la edición argentina, en la que el rojo es casi un marrón, la calidad paranoide de las ansiedades queda reforzada.

C3. Desde el punto de vista del contexto de realidad es importante tener en cuenta las dos formas en que aparece el color: intrusivo y difuso. El rojo intrusivo moviliza fantasías de ataque, proyectadas en forma de crítica de objeto ("esto no lo entiendo", "esto es disonante", "esto está fuera de lugar", etc.). El difuso, por su parte, moviliza emociones de calidez, protección, a través de esa semipenumbra que, en última instancia, ayudaría y tranquilizaría atenuando los efectos del shock.

Esta es la primera lámina que enfrenta al paciente con una situación de tres en un interior continente con un rico y discriminado contenido de realidad y con un contexto de realidad cuyas características ya mencionamos. Es importante que uno de los tres personajes, vistos como adultos, sea percibido como mujer de manera clara. A partir de este personaje (distorsionado o no) se establece el triángulo, contando con una figura de pie, visualizada como masculina. La inclusión o exclusión del tercero está determinada por una figura sentada de espaldas, a la que se le pueden atribuir distintas características (adulto, chico, hombre, mujer, pasivo, activo, incluso ausente). Por ello esta lámina permite la proyección de partes adultas de la personalidad, importantes en una evaluación diagnóstica y pronóstica. Por la configuración espacial del estímulo, la exclusión tiene que darse a nivel aperceptivo más que perceptual.

En cambio en la A3 y en la B3, a través del tratamiento del espacio, del juego de sombras y luces, es más sencillo excluir al tercero, puesto que de hecho está separado de los demás. Aceptar la situación planteada por el estímulo implica expresar, y al mismo tiempo controlar, las fantasías y emociones que acompañan la proyección de la situación triangular.

Si estas fantasías y emociones se expresan en un nivel genital, el Yo muestra su posibilidad de integrar y discriminar, ocupando los celos un lugar importante en el drama. Esperamos también la aparición de fantasías pregenitales (orales) dentro del contexto de lo genital. En cambio consideramos más difícil la aparición de fantasías menos discriminadas, de pareja combinada.

Los mecanismos defensivos que suelen utilizarse cuando enfrentar la situación triangular resulta altamente conflictivo, son, por ejemplo: la negación, que implica percibir las tres personas como del mismo sexo y edades semejantes ("amigos charlando y tomando café"); convertir en niño a uno de los personajes, para

retrotraer la situación edípica a la infancia. (Si el niño es visto en el personaje que habitualmente es percibido como mujer, la figura a la izquierda, sentada, nos hallamos frente a una distorsión más grave.) En este orden también está la distorsión que consiste en percibir el sillón o la mesa como una cama, observada en el protocolo de psicóticos.

CC. Es una de las que favorecen las distorsiones perceptuales. El tema es: autoridad versus grupo o viceversa. Por su distribución espacial, esta lámina permite, como ninguna otra, incluir variables: "arriba", "abajo"; desplazarse: "subir", "bajar". Este "arriba" y "abajo" nos permite entender toda una serie de disociaciones (además de la ya planteada: líder versus grupo); por ejemplo: mente-cuerpo, Superyó-Yo y Ello, mundo interno-mundo externo, fantasía-realidad, etc., y también el grado de contacto entre los aspectos más o menos disociados. Por ello es posible apreciar cómo funcionan la disociación y la represión. En un paciente que pueda reprimir exitosamente se da la posibilidad de que contacten los aspectos superyoicos o de control yoico puestos en la figura de arriba con los más impulsivos o corporales proyectados en el grupo de abajo. En cambio, alguien que está funcionando con fuertes mecanismos de disociación no logrará que ambos aspectos proyectados entren en contacto. Por eso, en muchas historias se refieren a lo de abajo diciendo: "esto es la sombra de algo, pero realmente no tengo idea de lo que es". O sea, lo reprimido está mucho más cerca de la conciencia y es posible que aparezca con claridad en el interrogatorio. Es de buen pronóstico que el contenido humano sea visto en los dos elementos que proporciona el estímulo, que haya algún tipo de contacto entre estos dos elementos, que no aparezca la idealización extrema en lo de arriba y el gran poder destructivo, perseguidor, en lo de abajo (grupo), o viceversa, sin posibilidad de unión. Esto se da en historias en las que el grupo asume todas las características reivindicatorias del Yo (por ejemplo: es un grupo maltratado, sometido a trabajos forzados, estudiantes que protestan, etc.), y el personaje de arriba es el que ha producido el daño de alguna manera, es decir que está caracterizado como objeto perseguidor que ataca, que daña al Yo. Es importante apreciar cómo une el examinado ambos elementos y qué solución le da al conflicto.

Si el de arriba escuchará las demandas de los de abajo, si el grupo va a tener en cuenta al de arriba, si la destrucción va a ser total, si quedan aspectos rescatables que pueden trascender o no: en esta interacción es importante analizar qué es lo que se salva, qué aspecto se repara o si, por lo contrario, no queda nada porque la aniquilación es completa.

La lámina permite que, frente a la aniquilación total, se movilicen fantasías de reparación maniaca con contenido mesiánico. En la edición argentina no se nota con claridad el blanco brillante de la edición inglesa que, como lo señala Phillipson, sería un elemento más para marcar la separación espacial (arriba, abajo). Una distorsión que nos parece importante es negar al de arriba como alguien que se desplaza hacia abajo, transformándolo en alguien que se desplaza lateralmente, por ejemplo un nadador o corredor, rompiendo así el vínculo estimulado por la lámina que resulta muy conflictivo.

Lámina en blanco. En ella la investigación se centra en la situación de separación, y es importante estimar cómo quedó el paciente, cómo siente que queda su relación con el psicólogo, si éste funcionó como depositario o si por el contrario representó un buen continente de sus identificaciones proyectivas. Las fantasías concomitantes son: qué tengo yo, ahora que me separo, para enfrentarme con mi enfermedad, con mis problemas, con mi futuro, con mi soledad. Sirve para comprender todos los afectos que se movilizan con la situación de pérdida, y las posibilidades de recuperación frente a ella. Esto es, quizá, lo más importante: cómo salió de allí y qué capacidad tiene de instrumentar lo que ha hecho, si la experiencia le sirvió o si quiere negar todo lo visto. Lo primero supone una elaboración depresiva, lo segundo, una elaboración maniaca. La elaboración depresiva implica la aceptación del sufrimiento que implica estar enfermo, precondition para iniciar cualquier tipo de tratamiento y aceptar ayuda. La elaboración maniaca es una negación, como defensa frente a todo lo que moviliza la separación o una desvalorización del proceso, para negar la dependencia respecto del psicólogo. Otra posibilidad es aceptar la dependencia en un nivel muy regresivo, donde el psicólogo es el que aparece como el que abandona. Frecuentemente estos pacientes experimenten sensaciones de vaciamiento, robo, ataque, etc.,

mostrando un predominio de culpa persecutoria. Deseamos destacar la importancia de comparar la producción de esta lámina no sólo con las restantes, sino específicamente con la lámina 1 (A1). Las comparaciones nos permiten analizar los altibajos a través de la secuencia y apreciar si ha habido posibilidades de rectificar determinadas fantasías, cumpliendo un proceso de elaboración progresiva.

Bibliografía

Bohm, C., *Manual de psicodiagnóstico de Rorschach*, Científico-Médica, Barcelona.

Friedenthal, H., "Recomendación de psicoterapia a partir del diagnóstico psicológico", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, nº 14, 1968, p. 149.

Klopfer, B., *Técnica de psicodiagnóstico de Rorschach*, Paidós, Bs. As.

Murray, H., *El Test de Apercepción Temática*, Paidós, Bs. As.

Phillipson, H., *Manual del Test de Relaciones Objetales*, Paidós, Bs. As.

Phillipson, H., "Una breve introducción a la técnica de las relaciones objetales", trabajo traducido y publicado para uso interno por la cátedra de Técnicas Proyectivas, U.N.B.A.

Schafer, R., *The Clinical Application of Psychological Tests*, Int. Univ. Press, N. York, 1959.

Capítulo VI

El Test de apercepción infantil (CAT) de L. y S. Bellak

Pautas de interpretación del Test de apercepción infantil (CAT-A) de L. Bellak

Sara Baringoltz de Hirsch

Este trabajo surge de la necesidad —establecida a través de la experiencia de varios años en la Cátedra de Técnicas Proyectivas de la UNBA— de modificar parcialmente algunos de los esquemas de administración e interpretación del CAT.

Como se sabe, históricamente se le debe al Dr. Kris la idea de que a los niños les resulta más fácil identificarse con animales que con personas, señalando la dificultad que, en este sentido, creaba un instrumento como el T.A.T. Bellak se hace cargo de esta reflexión y se aboca a la confección de un material distinto del T.A.T. y del Symonds, ya que el primero es más adecuado para adultos y el segundo se puede utilizar sólo con adolescentes.

L. y S. Bellak eligen una galería de diez láminas compuestas por personajes específicamente animales y otros ligeramente antropomórficos. Los autores consideran que el CAT es un test aplicable a niños de 3 a 10 años, de ambos sexos. Surge con el objetivo de facilitar la comprensión de las tendencias del niño y sus relaciones con las figuras más importantes. Así, las láminas exploran: problemas de alimentación, rivalidad entre hermanos, complejo de Edipo y escena primaria, agresión, miedos, masturbación, hábitos de limpieza, etcétera.

La consigna original del test es: "Jugaremos a contar cuentos. Tú los contarás mirando unas láminas y nos dirás qué sucede, qué están haciendo los animales."

Bellak propone un análisis interpretativo en función de diez variables: 1) tema principal; 2) héroe; 3) las figuras son visualizadas y se reacciona frente a ellas como...; 4) el héroe se identifica con...; 5) figuras, objetos y circunstancias externas introducidas; 6) objetos o figuras omitidas; 7) naturaleza de las ansiedades; 8) conflictos significativos; 9) castigo por un crimen; 10) desenlace. Agrega un ítem adicional: nivel de maduración.

A continuación desarrollaré algunas aclaraciones y modificaciones en cuanto a la administración e interpretación del test, que han resultado útiles en la experiencia y que se adecuan más a los esquemas conceptuales hoy vigentes en nuestro país entre los psicólogos.

Me detendré primero en la administración, ya que de ésta depende muchas veces la posibilidad de una buena interpretación. La consigna original favorece dos situaciones: 1) que, por el uso de la primera persona del plural, el niño pida que el entrevistador empiece contando un cuento; 2) que, al pedirle acciones ("haciendo"), se dejen de lado otros aspectos, por ejemplo, lo que los personajes pueden estar pensando o sintiendo.

* En consecuencia, propongo la siguiente formulación (que fue estableciéndose como la más útil en la práctica de los docentes de la Cátedra): "Te voy a mostrar algunas láminas; quisiera que me hagas un cuento con cada una de ellas, donde me digas qué pasó antes, qué está pasando ahora y qué pasará después." Si se tratara de niños muy pequeños (pre-escolares), se puede pedir la secuencia temporal en el momento propicio, preguntándole: "¿Y qué sucedió antes?" "¿y qué sucederá después?" Si el niño se queda en la mera descripción de la lámina, se le sugiere que además imagine un cuento. El entrevistador puede intervenir con preguntas que aclaren más lo dicho, que funcionen como estímulo para que el niño se exprese más o cuya intención sea lograr una respuesta lo más completa posible respecto de la consigna. De ningún modo esas preguntas deben sugerir situaciones determinadas. En general, salvo con niños muy pequeños, basta con interrogar lo suficiente en la primera lámina. Luego, si en las láminas siguientes hay alteraciones con respecto a la consigna, dichas alteraciones deben considerarse como dato significativo.

En cuanto a la interpretación propongo que se sigan estas pautas:

1) Qué animales ve y cómo los ve. Omisiones, adiciones y

distorsiones. Percepciones y elaboraciones poco usuales respecto de la identidad de los animales.

2) Qué otros elementos no animales se ven en la lámina y de qué manera. Omisiones, adiciones y distorsiones en el contenido de realidad. Comparación entre láminas con un habitat característico del hombre y aquellas que presentan un escenario natural adecuado a la vida de los animales.

3) Posibilidad de dar pasado, presente y futuro a la historia.

4) Secuencia lógica o ilógica en la construcción de la historia.

5) Tipo de lenguaje utilizado (riqueza, exactitud, adecuación a la edad, etc.).

6) Posibilidad de fantasear, capacidad creativa.

7) Tipo de interacción entre los personajes a nivel descriptivo. Planteo de la problemática.

8) Cuál es el tema de las relaciones objetales inconscientes en la interacción. Principales ansiedades asociadas a las relaciones fantaseadas. Principales medios de defensa.

9) Intento de resolver o no el problema o conflicto en la historia. Qué tipo de solución se logra en función de los deseos, miedos y defensas utilizadas. Cómo se concilia el mundo de objetos internos con la realidad social más consciente.

Estas pautas cubren las tres áreas utilizadas por Phillipson¹ en su método para el análisis de las historias: A) Percepción de la situación; B) Gente (en este caso "animales") incluida y sus relaciones; C) La historia como estructura y como realización.

La idea no es aplicar mecánicamente las pautas que él menciona al CAT (cosa que resulta imposible por la diferencia entre ambos tests desde su origen) sino aprovechar su valioso aporte adaptándolo a este test. A continuación explicitaré las pautas anteriormente mencionadas.

Pautas 1 y 2: Se busca en qué medida el precepto se adecua a la descripción y respuestas típicas de cada lámina del CAT. En este sentido cabe destacar que muchas veces la adecuación o inadecuación perceptiva y aperceptiva al estímulo permite salvar dificultades de diagnóstico diferencial. En ciertos casos la intensa inadecuación perceptual puede ser un dato verificadorio del diagnóstico de una psicosis (por ejemplo, gran cantidad de omisiones

¹ Herbert Phillipson, "Una breve introducción a la técnica de las relaciones objetales", publicado por la Cátedra de Técnicas Proyectivas I, U.N.B.A.

y adiciones). En el caso de las distorsiones, cabe tener en cuenta si se trata de verdaderas distorsiones perceptuales (de origen netamente emocional) o errores en la utilización del lenguaje (cuya causa es a veces un bajo nivel sociocultural o un déficit intelectual). De todos modos, dado que se trata de un estímulo muy estructurado (a diferencia por ejemplo del Phillipson), la frecuencia de las distorsiones perceptuales es muy significativa en cuanto a tipo y grado de patología.

... Es útil detectar la asignación de identidades animales distintas a las típicas, en tanto puede estar relacionada con una imagen confusa de su propia identidad o con otros significados puestos de manifiesto a través del test. Con frecuencia es difícil distinguir si el percepto está alterado o la palabra mal usada, dificultad que hace a veces arriesgado emitir hipótesis sobre la asignación de identidades inusuales. Dado que también el contenido de realidad es muy estructurado, la omisión del mismo o la distorsión severa constituyen asimismo datos significativos en cuanto a la patología del caso. Puede ser útil consignar en qué medida se incluye o se excluye el contenido de realidad según se trate de escenarios típicos del hombre o del medio natural de los animales. Este dato debe ser relacionado con el tratamiento diferencial dado a las figuras más o menos antropomorfizadas. (Por ejemplo, muchos niños frente a interiores y figuras más antropomorfizadas se muestran reticentes a imaginar defendiéndose de un estímulo que sienten muy cercano a la propia experiencia; otros, por lo contrario, pierden la distancia y se identifican proyectivamente en forma masiva.)

Pautas 3, 4 y 5: Se refieren a la estructura de la historia: tiempo, coherencia lógica y lenguaje. En 3) interesa ver la ubicación del sujeto con respecto a la dimensión temporal. Son significativas las omisiones repetidas de pasado, presente y futuro, así como la rigidez en la adaptación a la consigna temporal.

La omisión repetida del pasado parece relacionarse con la imposibilidad de aceptar los hechos de esa época y capitalizarlos en la experiencia: la disociación y la represión desempeñan un papel importante. La omisión del futuro suele aparecer en niños mayores que están atados a los hechos del pasado, los cuales determinan fundamentalmente su presente y permiten pocas ilusiones con respecto a un futuro. La adecuación rígida a la consigna temporal a través de las diez láminas aparece en sujetos con rasgos obsesivos que tratan de cumplir fielmente con la consigna

pedida. En 4) podemos ver la coherencia del pensamiento y detectar específicamente alteraciones de la forma del pensamiento. Relacionando este ítem con los siguientes podemos comparar forma y contenido del pensamiento. En 5) recogemos datos importantes respecto del tipo de lenguaje utilizado y su relación con pautas evolutivas (si es adecuado a su edad o no y, en este último caso, buscar las causas en los ítems posteriores. Es importante ver en qué sentido se desvía de las pautas evolutivas: riqueza, exactitud, etc.).

Pauta 6: Investigamos fundamentalmente dos aspectos: a) Si el sujeto es capaz de expresar verbalmente sus fantasías (algunas historias muestran una gran riqueza en este sentido y otras son lo que llamamos "producciones chatas"). b) Si en el caso de que tuviera esa capacidad, puede organizarlas de manera creativa, logrando, mediante un esfuerzo exitoso, la estructuración de una historia que, sin apartarse de la respuesta típica, tenga aspectos originales.

Pauta 7: Se refiere a cómo se da la interacción entre los personajes, qué modalidad tiene (por ejemplo: interactúan agrediendo); y a qué problemática básica responde (por ejemplo: celos).

Pauta 8: La inclusión de este ítem tiene por objeto enriquecer la interpretación tradicional del CAT introduciendo conceptos de la teoría de las relaciones objetales. De esta manera intentamos detectar no sólo el sistema de necesidad-presión del sujeto, sino también su integración con el tipo de vínculos objetales predominantes: cuáles son las relaciones fantaseadas, las ansiedades ligadas a las mismas y los medios de defensa utilizados (de qué se defiende, cómo se defiende).

Pauta 9: En alguna medida se trata de lograr una síntesis de las pautas anteriores. ¿El sujeto intenta resolver el problema, o no? ¿Cuál es la solución elegida? ¿Cómo utiliza sus defensas en función de lo que desea y lo que teme? Es importante detectar si en la solución predominan aspectos adaptativos, si es una solución que enriquece o coarta al Yo, si está basada en la realidad o es una solución totalmente fantaseada. Puede resultar interesante relacionar el tipo de solución que el sujeto intenta con los conceptos de Müller² acerca del tipo de necesidades, específicamente aquellas que denomina "constructivas" y "destructivas".

² Muller, Philippe. "Le CAT, recherches sur le dynamisme enfantin", bibliografía citada.

A continuación trataré de ejemplificar la utilización de estas pautas en un caso concreto:

Diana, 7 años. Vive con su padre, su madre y un hermano de 4 años. Epilepsia medicada. Buena escolaridad. Celos hacia el hermano, aunque no muestra agresividad manifiesta.

LÁMINA 1

"Había una vez tres pollitos que eran muy traviesos... La mamá gallina fue a buscar la comida... La trajo y se fue a hacer los mandados... Les dijo: 'Esperen, chicos... No se sirvan solos'... Entonces, como eran muy traviesos, se sirvieron la comida solos... pero el que era más travieso era el del medio... ¿Y qué pasó?... Oyeron la puerta que venía la madre... se fueron a la pieza de ellos... vino la madre... vio que no había nada de comida... y les dio una gran paliza... y así aprendieron que no debían servirse solos."

1) Tres pollitos traviesos. La mamá gallina. Adecuado a la respuesta típica.

2) Comida. Adecuado a la respuesta típica aunque se omiten elementos.

3) Adecuación a la consigna en cuanto están los tres tiempos: pasado, presente y futuro.

4) Secuencia lógica.

5) Lenguaje adecuado a la edad. Precisión en las palabras utilizadas.

6) Posibilidad de fantasear y crear una historia que, sin alejarse mucho de las habituales, tiene cierta originalidad.

7) Los personajes interactúan en función de la comida. La madre es la proveedora. Los hijos no pueden esperar y se sirven solos. La problemática gira en torno de la necesidad de recibir alimento y de la gran dificultad para la espera. La voracidad conduce a una situación donde la figura materna se enoja y toma represalias: "paliza". Además aparece la rivalidad entre los hermanos ("el que era más travieso era el del medio") en relación con las necesidades orales.

8) Diana se identifica con los tres pollitos, aunque más intensamente con el del medio, "el que era más travieso". "Ser travieso" implica aquí ser voraz. La relación fantaseada es el establecimiento de un vínculo oral-sádico con un objeto parcial; el vínculo va-

lerado no es con la figura "mamá" total; sino con la fuente de alimentación que es vaciada para satisfacer la voracidad. La figura materna está disociada en un aspecto "bueno", que se deja robar por los hijos como un pecho que se deja vaciar, y un aspecto "malo", persecutorio, que amenaza y castiga la voracidad de los hijos. La rivalidad fraterna incrementa la voracidad y el sentimiento de carencia; la fantasía inconsciente es que el vínculo oral-sádico ha vaciado el objeto y sobrevendrá una severa represalia. La culpa y el miedo por la relación fantaseada la lleva en un momento de la historia a defenderse tratando de eliminar la figura materna (negación) alejándola de la escena, y en otro momento a huir (evitación) para no sufrir el castigo. Finalmente se produce la identificación introyectiva con un objeto superyoico que reprime los impulsos agresivos, sintiendo como propia una norma parental: "así aprendieron que no debían servirse solos."

9) La problemática planteada conduce a una situación en la cual el castigo juega un papel crucial. La intensa voracidad, incrementada por la rivalidad fraterna, lleva a la represalia del objeto que ha sido dañado. Las defensas apuntan, en un primer momento, a evitar tanto la culpa como el perseguidor enojado, para luego, cuando ya estas defensas no son exitosas porque el castigo es inevitable, identificarse introyectivamente con el objeto superyoico castigador. Así, para conciliar su mundo interno con la realidad social y no sufrir el castigo externo, busca una solución en la cual ella misma controla su necesidad de recibir de la mamá, a fin de no dañarla y ser castigada.

Creo que vale la pena recordar algunas frases de M. Klein en su obra *El psicoanálisis de niños*, que caracterizan perfectamente el material de esta primera lámina y las restantes:

"El conflicto de Edipo y el superyó aparecen, creo, bajo la supremacía de los impulsos pregenitales, y los objetos que han sido introyectados en la fase oral sádica forman los comienzos del superyó temprano. Además, lo que origina la formación del superyó y gobierna sus tempranos estadios son los impulsos destructivos y la ansiedad que ellos despiertan" "y aunque este superyó sea muy cruel, formado bajo la supremacía del sadismo, siempre toma la defensa del yo contra el instinto destructivo y es ya en estos primeros estadios la fuerza de la cual proceden las inhibiciones instintivas."

"Había una vez una señora osa y un señor oso... que querían tirar para ver cuál tenía más fuerza para levantar ese cascote lleno de miel... y resulta que atrás del papá estaba el hijito... y como la mamá no lo veía... entonces iba ganando el papá... y entonces la señora osa se fue muy triste... y mientras... el hijo y el papá levantaban el cascote... se fueron a una cueva y se comieron toda la miel." (Aclaración: el cascote es lo que usualmente se visualiza como promontorio.)

1) Señora osa y señor oso. Hijito. Los ve tirando para ver quién tiene más fuerza. (*Idem*, Lámina 1.)

2) Cascote lleno de miel. (No hay referencia directa a la sogá aunque la ve y pone el acento en "cascote lleno de miel".)

3) *Idem*, Lámina 1.

4) *Idem*, Lámina 1, aunque no es clara la relación entre tirar la sogá y levantar el cascote.

5) *Idem*, Lámina 1. Parecería referirse a "panal" cuando dice "cascote"; es la única inexactitud encontrada en el texto.

6) *Idem*, Lámina 1.

7) Papá y mamá prueban su fuerza para quedarse luego con el cascote lleno de miel. El hijito ayuda al papá pero oculto detrás de él. La mamá, triste porque va perdiendo, se va. El hijito se deleita con el papá comiéndose la miel. El conflicto plantea que nuestra paciente quiere ayudar al papá para luego disfrutar juntos de lo logrado ("miel") pero no quiere que se entere la mamá. Se trata de una problemática netamente edípica: competencia con mamá y vínculo amoroso ("miel") con papá.

8) La identificación con el hijito facilita la proyección de la problemática. Es claro en esta lámina el concepto kleiniano de Edipo temprano, ya que el vínculo es con la figura parental del sexo opuesto y logrando una gratificación oral, lo cual estaría relacionado con la fantasía de "copulación oral" (M. Klein)... "el hijito y el papá... se comieron toda la miel"... En su fantasía compete con la mamá para lograr el vínculo de amor con el papá, dejando a aquélla excluida y vencida. La culpa por haber dejado a mamá como tercero excluido en la situación de competencia triangular y el miedo a la represalia la lleva a esconderse y a disociar y proyectar la culpa de manera tal que... "la señora osa se fue muy triste"... Finalmente, la proyección de la culpa, la

negación de la situación triangular, la omnipotencia que la lleva a un vínculo idealizado de gratificación con el papá, configuran un triunfo maniaco.

9) Frente a la problemática planteada por los descos edípicos y la culpa persecutoria con respecto a la figura materna intenta una solución que, en términos de Phillipson, estaría basada más en la fantasía que en la realidad. Apela a defensas maniacas, que la llevan a excluir a la mamá de la relación triangular sin culpa y a unirse al papá en un vínculo en el que se satisface la fantasía de "placer sexual de tipo oral" (M. Klein) que envidiaba en sus progenitores.

LÁMINA 3

"¿Qué es esto? ... Es un rey ... un señor rey que era un león resulta que estaba muy enojado porque en todo su palacio había todos agujeros de ratones y cada vez que le iban a servir la comida se la comían los ratones ... entonces agarró su pipa y se quedó fumando ... y entonces vio una comida y resulta que cuando la fue a agarrar el plato estaba vacío porque habían llegado más antes los ratones y se la comieron primero ... resulta que echaron un montón de queso en los agujeros ("¿quiénes?") no sé ... entonces rey y ratones se hicieron amigos ... y entonces cuando el rey iba a comer él le daba un pedazo de queso al ratón." (Visualiza rey fumando y ratón.)

1) Señor rey león. Ratón (*Idem*, Lámina 1).

2) Pipa. Agujero de ratón. (Omisión de algunos elementos.)

3) *Idem*, Lámina 1.

4) *Idem*, Lámina 1.

5) Lenguaje adecuado a la edad. Empeoramiento cuando emplea la frase: "habían llegado más antes".

6) *Idem*, Lámina 1.

7) El león está enojado porque los ratones se comen su comida. Se necesita distribuir comida entre todos para salvar la situación. La figura paterna no es vista como poderosa (recurrencia con Lámina 2 donde el padre es ayudado por el hijo) y los hijos consiguen ser más astutos. La voracidad es un tema recurrente; aquí compiten padre e hijo por el alimento. La problemática radica en el monto de necesidades orales que lleva a competir con papá y a robarle el alimento.

8) Fantasía de un vínculo oral sádico de robo y vaciamiento de la fuente de alimentación para satisfacer la voracidad (recurrencia con Lámina 1), rivalizando con la figura paterna en relación con un pecho-mamá; consecuente temor a la agresión de la figura paterna como represalia. Los medios defensivos a los que apela son los siguientes: negación del poder de la figura paterna (no hace referencia al bastón, dice "se quedó fumando"), y peyorativización (es una figura tonta a la que los más chiquitos le quitan la comida). Los ratones, en cambio, omnipotentemente consiguen sus fines. Como esta situación es conflictiva, ya que los hijos quitan a los padres, aparece un tercero ("echaron queso") en el cual proyecta la idealización y omnipotencia, un tercero capaz de solucionar el problema trayendo una cantidad inagotable de alimentos, que alcancen para todos. Finalmente los impulsos voraces se convierten —transformación en lo contrario— en generosidad y amistad, y se idealiza el vínculo paterno filial.

9) Frente al conflicto de competencia con la figura paterna por el poder (en este caso de satisfacer necesidades orales), se intenta una solución en la que aparece una fuente mesiánica, con la cual todos satisfacen su voracidad y mantienen un vínculo ideal. Nuevamente la solución se maneja en el plano de la fantasía.

LÁMINA 4

"¿Esto qué es? Un canguro... Había una vez una señora canguro que salió de paseo con sus hijos canguritos... se fueron al campo... y resulta que cada vez que corría la señora canguro se le caía el sombrero... entonces... le pesaba la bolsa de comida que tenía en la mano y se le estaba por caer... y como llegaron al campo contentos... la señora canguro mientras se tenía el sombrero miraba un lugar donde campar... y resulta que ya lo encontraron... y antes de todo se fueron a bañar... la mamá y su hijo mayor canguro... y el chiquitín se quedó y se comió toda la comida... entonces llegó la mamá canguro y le dio una buena paliza y así nunca más comió la comida que todos tenían que comer."

1) Señora canguro e hijos canguritos (hijo mayor y chiquitín) de paseo. (*Idem*. Lámina 1.)

2) Sombrero que se cae. Bolsa de comida. (Adecuado a respuesta típica: omisiones no significativas.)

3) *Idem*, Lámina 1.

4) *Idem*, Lámina 1.

5) Lenguaje adecuado a la edad. Dice "campar" en lugar de "acampar"; es la única inexactitud del texto.

6) *Idem*, Lámina 1.

7) La señora cangura y sus hijos canguritos salen de paseo y encuentran un lugar donde acampar. La mamá y el hijo mayor se van a bañar; el chiquitín se queda y se come toda la comida. Recibe una buena paliza y nunca más vuelve a repetirlo. La problemática planteada es de celos respecto al hermano en relación con la alimentación; la avidez del chiquitín frustra sus necesidades orales. Cabe hacer notar que en esta lámina se plantea también el conflicto entre crecer y no crecer: crecer significa ser como mamá y tener por lo tanto que soportar responsabilidades y hacerse cargo de los esfuerzos, mientras que ser chiquito es poder dar rienda suelta a los impulsos y satisfacer las necesidades sin postergación.

8) Recurrente con Láminas 1 y 3, el vínculo deseado es la satisfacción de la avidez oral. Las ansiedades relacionadas con ese vínculo son de tinte paranoide, ya que teme el robo de la fuente de alimentación por parte de hermanos o el castigo por su propia avidez por parte de la figura materna. (Recurrencia con Lámina 1.) Los principales medios de defensa son: frente a su propia avidez y temor al castigo, disociar y proyectar sus impulsos orales de vaciamiento en el hermano, identificándose introyectivamente con la mamá ("se fueron a bañar"... ella se baña como mamá para tener a mamá). De este modo una parte de ella, la más necesitada e infantil, queda proyectada en el hermano y otra es como mamá que castiga la voracidad (recurrencia con Lámina 1). Los celos respecto al hermano desatan otras defensas: siente que su hermano es un "peso" que soporta, pero lo proyecta en la mamá, desplazando de la bolsa del cangurito a la bolsa de comida (a la madre le pesa la "bolsa de comida"). También desplaza desde la bolsa del cangurito hacia el sombrero su desecho de que el cangurito se caiga, apareciendo "un sombrero que se estaba por caer". Cabe señalar también que las referencias repetidas a cosas que se están por "caer" pueden tener que ver con el miedo al fracaso de las defensas dando lugar a la irrupción de los impulsos.

9) La solución consiste en un intento de identificación in-

troyectiva con el aspecto superyoico de la figura materna que mantenga a raya sus aspectos infantiles voraces. De este modo logra también ser más mamá y menos hermana en el vínculo fraterno, castigando la avidez del menor.

LÁMINA 5

“¿Quiénes estarán acostados en la cama? ... Osos ... Había una vez cuatro familias que estaban durmiendo en una casa porque caía mucha nieve ... y como los papás no podían dormir porque los hijitos estaban ... meta ... meta hablar ... se tapaban la cabeza ... y como uno le hablaba al otro no se daban cuenta ... que la nieve estaba por tapar toda la casa ... ¿Y qué pasó? ... Cuando fue la mañana quisieron abrir la puerta y no pudieron ... y a la mañana miraron por la ventana el osito y la osita que estaba toda la casa enterrada ... y le avisaron a la mamá ... y cuando el papá tocó la manija se murieron todos congelados.”

1) Cuatro familias-osos. Mamá y papá tapándose la cabeza en la cama. Hijos: osita y osito hablando (*Idem*, Lámina 1).

2) Cama, ventana, puerta, manija. (Adecuado a la percepción típica; omisión significativa: cuna.)

3) No está explícito el pasado. Bien descrito presente y futuro.

4) El final de la historia no es lógico.

5) Adecuado a la edad. Dice “cuatro familias” en vez de cuatro osos.

6) Posibilidad de expresar verbalmente la fantasía. El matiz original de esta historia debemos relacionarlo con la falta de lógica de los hechos. Lo patológico del desenlace de la historia se debe a que las ideas y su nexo se hallan fuertemente perturbados por la conflictiva emocional.

7) Mamá y papá no pueden dormir porque los hijitos están “meta ... meta hablar”. Durante la noche la nieve tapa la casa. A la mañana los ositos se dan cuenta y avisan a la mamá. El papá toca la manija y mueren todos congelados. El tema básico parece girar en torno de la escena primaria, la masturbación y el castigo.

8) La frase de M. Klein: “Las fantasías de masturbación tienen por núcleo las primeras fantasías sádicas centradas en sus padres en copulación. Son estos impulsos destructivos, fusionados con los libidinales, los que obligan al superyó a utilizar defensas contra las fantasías de masturbación” ... está perfectamente ejem-

plificada en esta lámina. Frente a la situación de shock que le produce el estímulo, Diana intenta negar la escena primaria: ... "¿quiénes estarán acostados en la cama?"; luego hace referencia a "familias" para no hablar de las "personas" cuya interacción le produce ansiedad. La fantasía de masturbación constituye un ataque sádico a los padres en copulación ... "los papás no podían dormir porque los hijitos estaban ... meta ... meta hablar". El desplazamiento de la masturbación hacia otra zona erógena (oral) facilita el no oír, con lo cual se refuerza la negación de la escena primaria. Sin embargo el sentimiento de culpa por las fantasías masturbatorias unidas a fantasías sádicas contra las figuras parentales promueve ansiedades persecutorias y conduce a un desenlace trágico en el cual la fantasía es que, junto a la destrucción de papá y mamá, se destruirá ella. La "nieve" parece representar simbólicamente la presencia de un Superyó sádico que reprime severamente la sexualidad: congelando, matando.

9) La problemática en torno de la escena primaria no encuentra una solución exitosa, ya que está unida a una intensa culpa persecutoria. La fantasía de ataque a las figuras parentales unidas produce ansiedades de muerte y destrucción frente a las cuales las defensas desempeñan un papel poco exitoso.

LÁMINA 6

"¡Cuántas de osos! ... Había una vez tres familias que estaban durmiendo ... pero el que menos que estaba durmiendo era el osito ... estaba dele ... dele ... mirar la nieve ... hasta que le gustó tanto que se escapó ... y resulta que llegó la mañana y los papás no se habían dado cuenta que el hijo se había escapado ... y se fue en una cueva que había un montón de miel ... entonces se asustaron y se fueron a buscarlo ... hasta que llegaron a un hueco que era una trampa ... entraron y ahí se quedaron congelados."

1) Tres familias-osos. Padres osos duermen osito despierto. (*Idem*, Lámina 1.)

2) Nieve. (Se aleja del contenido de realidad habitual.)

3) *Idem*, Lámina 1.

4) *Idem*, Lámina 5.

5) Adecuado a la edad. Utiliza "tres familias" en vez de "tres osos".

6) *Idem*, Lámina 5.

7) Mientras los padres osos duermen, el osito está despierto mirando la nieve. Se escapa y va a buscar miel a una cueva. Los padres se asustan, van a buscarlo y caen en una trampa donde se congelan. La temática de esta lámina plantea nuevamente la dificultad para aceptar la sexualidad de los padres y su propia sexualidad.

8) La expresión admirativa (¡!) inicial implica que esta lámina retoma la temática de la anterior. Utiliza otra vez la palabra "familias" para negar la situación triangular. Envidia a la pareja unida, apelando en forma compensatoria a masturbación ... "estaba dele... dele"... Escaparse es una forma de evadir una situación que le provoca ansiedad y satisfacerse sola con una actividad autoerótica acompañada de fantasías de gratificación oral ("miel"). Relacionando esta lámina con la 2, pensamos que la fantasía es: a través de la masturbación creer que realiza una "copulación oral" al igual que las figuras parentales. El final de la historia muestra la concreción de las fantasías sádicas incluidas en la masturbación. Ataca a sus padres matándolos; la palabra "congelados" parece estar íntimamente relacionada con el enfriar y matar la sexualidad de éstos y de ella.

9) Frente a la conflictiva despertada por la unión de la pareja parental, elige como solución la masturbación con fantasías de gratificación oral. Así, no necesita de los padres y puede satisfacerse como ellos alimentándose y destruyendo la unión sexual que la había dejado excluida.

LÁMINA 7

"Había una vez un tigre que era muy malo y resulta que los monitos también... fueron a tomar su comida... entonces lo estaba por comer al monito y el monito se asustó... y resulta que el tigre cuando lo fue a agarrar se enganchó la cola en un árbol... se enojó hasta que se dio vuelta y no vio nada... entonces se mordió él mismo... se fue él a su casa todo mordido."

1) Un tigre malo. Un monito malo también y asustado. (*Idem*, Lámina 1.)

2) Árbol. (*Idem*, Lámina 1.)

3) *Idem*, Lámina 1.

4) *Idem*, Lámina 1.

5) Adecuado a la edad.

6) *Idem*, Lámina 1.

7) La interacción se desarrolla entre un perseguidor y un perseguido asustado. El primero encuentra obstáculos para llegar a comerse al segundo, y termina autoagrediendo. Conflicto centrado en la agresión.

8) El vínculo sádico entre perseguidor y perseguido se da alrededor de la voracidad de ambos. El deseo de lograr la satisfacción de las intensas necesidades orales la lleva a disociarse identificándose tanto con el tigre-perseguidor como con el monito-asustado (teme entonces ser atacada, y teme su propio ataque).

Identificada con el monito, muestra un vínculo con la figura paterna muy teñido por ansiedades paranoides; la fantasía es que el papá la quiere destruir por su voracidad y se defiende proyectándole su sadismo oral ("se mordió él mismo"...) de manera tal que él se destruya. Identificada con el agresor el impulso se vuelve contra sí misma destruyéndola (se puede relacionar esto con los ataques epilépticos). La culpa por el ataque sádico la lleva a la propia destrucción.

9) La voracidad es tan destructiva que puede matar al otro; prefiere entonces dirigir el ataque contra sí misma.

LÁMINA 8

"¿Son monas? Había una vez cuatro familias... que fueron al dentista... y como tuvieron que esperar tanto... les dieron una taza de café... estaban dele... dele... dele... hablar... al fin vino un monito... que les avisó que ahí ya los iban a llamar... entraron... y como dos monas eran tan charlatanas... entonces endeve (quiere decir "en vez de") cortarles la muela picada... les cortaron las lenguas y tenían que hacer gestos porque no podían hablar."

1) Tres monas charlatanas y un monito. (*Idem*, Lámina 1.)

2) Taza de café. (Omisión de algunos elementos.)

3) No está clara la referencia al futuro.

4) *Idem*, Lámina 1.

5) Lenguaje adecuado a la edad, pero con algunas verbalizaciones incorrectas. Dice "familias" en vez de "personas o monos". También hay una palabra en la que están alteradas las sílabas y omitida una letra: "endeve".

6) *Idem*, Lámina 1.

7) Monas van al dentista; hablan excesivamente esperando al dentista. Monito les avisa su turno. Les cortan las lenguas por charlatanas. La problemática gira en torno de la masturbación y la castración como castigo.

8) Diana parece identificarse en parte con las monas (identificación predominante), en parte con el monito y con el dentista. La identificación predominante con las monas muestra una imagen de sí misma como mujer con características fálicas. La masturbación aparece desplazada hacia otra zona erógena (oral): ... "estaban ... dele ... dele ... hablar". Las fantasías acompañantes a la masturbación parecen ser sádicas: destruye "hablando". Por ello se identifica también con el monito y con la figura no visualizada del dentista como superyó cruel que castiga castrando la lengua-pene.

9) La solución elegida consiste en identificarse con una figura femenina a la que le han cortado el pene-lengua para que sea callada y buena.

LÁMINA 9

"Había un conejito que se estaba muriendo de frío porque lo abandonaron y le dejaron la puerta abierta ... como había nieve se estaba por congelar ... pero estaba muy asustado ... y vinieron la señora loba y lo sacó ... y le dio leche ... y resulta que el conejito se vino grande ... y tuvo cría ... entonces volvió a su casa de vuelta ... fue un hogar feliz ... buscaron un papá ... se casaron."

1) Conejito abandonado asustado. (*Idem*, Lámina 1.)

2) Puerta abierta. (Omisión de algunos elementos.)

3) *Idem*, Lámina 1.

4) *Idem*, Láminas 5 y 6. Primero tiene cría y después se busca un papá y se casa.

5) Lenguaje adecuado a la edad. Utiliza un verbo en plural con sujeto en singular: "vinieron la señora loba"; una palabra netamente de más: "pero" y un modismo: "se vino grande".

6) *Idem*, Láminas 5 y 6.

7) Conejito abandonado, asustado es alimentado por una loba. El conejito crece y tiene cría. Vuelve a su casa, busca a un papá, se casa. Problemáticas básicas: a) sentimiento de abandono y ca-

rencia afectiva, b) competencia con figura materna; necesidad de ser una mamá aunque la identidad es confusa, tanto en cuanto identidad sexual como en cuanto a identidad infantil-adulta.

8) Deseo de vínculo con una figura materna que la alimente y la haga crecer. Deseo de ser una mamá que se relacione con papá (vínculo edípico). Miedo al abandono, a quedar desprotegida. Los medios de defensa utilizados son: idealización de un vínculo con una figura omnipotente que gratifique su avidez. Se trata de una figura idealizada y persecutoria: "loba". Represión de impulsos sexuales al mismo tiempo que una identificación con el rol materno (... "y tuvo cría... se casaron").

9) Intento de solución maníaca a través de un vínculo idealizado y persecutorio que la gratifique oralmente y le permita crecer con la condición de que se deje en segundo término la genitalidad y se dé la prioridad a un vínculo familiar idealizado.

LÁMINA 10

"¡Qué lindo! Había una vez tres familias que tenían un hijito menor que cada vez que iba al baño revolcaba todo... mordía las toallas... rompía el bidet... y una vez que vino la mamá... lo vio... lo agarró y le dio una paliza... y el papá le dio otra... y lo metieron en la cama... y le dieron una gran inyección... la aguja era de 40 metros... y así nunca más hizo desastres en el baño." (No ve al papá.)

1) Hijito. Mamá (*Idem*, Lámina 1, aunque no resulta muy claro si se trata de perros).

2) Baño. Toalla. Bidet.

3) *Idem*, Lámina 1.

4) Secuencia lógica, salvo cierta incoherencia al final.

5) Lenguaje adecuado a la edad. Utiliza "familias" en vez de "personas" o "perros".

6) *Idem*, Lámina 1, aunque la introducción del elemento "inyección" en la lámina asemeja las características de la historia a las de las láminas 5, 6 y 9.

7) El hijito revuelca, muerde y rompe. Mamá y papá lo castigan. La problemática gira en torno de la agresión y el castigo.

8) El vínculo de destrucción oral y anal ("mordía", "revolcaba") origina el miedo a la retaliación de las figuras parentales y específicamente miedo a la agresión fálica paterna. Proyecta

la conflictiva triangular (adicionando al "papá"), aunque se trata de una lámina típica de relación madre-hijo; al mismo tiempo, como en otras láminas, convierte a las personas en "familias". El ataque sádico por el cual le sobreviene el castigo implica el fracaso del control interno. Lo castigan por no haber reprimido la agresión. Finalmente introyecta la norma trasgredida.

9) Al no poder impedir que surja el ataque destructivo, busca el castigo severo y el posterior control rígido de la agresión.

SÍNTESIS

La niña muestra una adecuación a las percepciones típicas de la lámina tanto con respecto a los animales como a los otros elementos vistos. Incluso la manera como se perciben los personajes y elementos responde a la norma. La identidad de los animales es correcta. Respecto de los elementos no animales de las historias se pueden notar: ciertas omisiones, una adición (Lámina 2) y una distorsión (Lámina 6). En general, la percepción del estímulo es buena, no apareciendo alteraciones importantes (las pocas existentes no se refieren a los personajes). En síntesis, no hay signos patológicos serios a nivel de percepción. La interpretación de las pautas posteriores arrojará luz sobre el contenido dinámico de las historias.

En general la ubicación temporal es buena; excepto dos láminas (5 y 8), las restantes tienen referencia a las tres instancias temporales. En la lámina 5 no está explícito el pasado, lo que parece relacionarse con la negación de la escena primaria y la culpa por la masturbación. En la lámina 8 no está clara la referencia al futuro, omisión esperable ya que el desenlace del problema es el castigo: castración. Puede decirse que, sin atarse rígidamente a la dimensión temporal de los hechos, consigue respetarla, apareciendo sólo cierta incidencia emocional determinada por su problemática.

La secuencia de las historias es: lógica en cinco de las historias, con un final ilógico en tres (Láminas 5, 6 y 9) y con elementos de dudosa logicidad en conexión con el resto de la historia en dos casos (Láminas 2 y 10). En general no es evidente una alteración formal del pensamiento; la aparición de cierta ilogicidad es clara si vinculamos esta pauta con la 6ª (fantasía).

El lenguaje utilizado es adecuado a la edad, bastante rico y exacto en cuanto a sus términos. Las inexactitudes son escasas. Algunas alteraciones en la formación de frases y modismos son aceptables dada su edad. Posiblemente lo más significativo es la aparición del "endeve" y la omisión de la "a" en "campar", lo cual puede relacionarse con el problema orgánico. La inexacta utilización de la palabra "familia" en forma repetida parece estar relacionada con el contenido emocional de las historias. Su aparición en aquellas narraciones en que se estructura la situación edípica hace pensar que convierte a los personajes en "familias" para evitar el triángulo conflictivo. Lo mismo parece ocurrir con la palabra "cascote" en lugar de "panal" en la Lámina 2 (relacionado con la agresión).

La mayoría de las láminas (1, 2, 3, 4, 7, 8 y ¿10?) muestran la posibilidad de fantasear y crear historias que, sin alejarse mucho de las habituales, tienen cierta originalidad. Esto evidencia la capacidad de la niña para comunicarse con los demás sin alejarse demasiado de las normas socialmente aceptables, así como la capacidad para dar un tinte personal y original a las cosas. Cabe señalar, sin embargo, que en determinadas circunstancias (láminas 5, 6 y 9) la subjetividad pone un nexo ilógico a las ideas, sustituyendo entonces la originalidad por la ilogicidad. Ello se vincula directamente con su conflicto: sexualidad.

De acuerdo con la recurrencia temática se plantean en orden de importancia las siguientes problemáticas:

1) Voracidad: necesidad de recibir y dificultad para esperar (láminas 1, 3, 4, 7 y 9); rivaliza con el papá y con el hermano en función de recibir más "comida" de mamá. La problemática típica de los celos estimulada por la lámina 4 está directamente vinculada a la frustración de las necesidades orales por la aparición del hermano.

2) Manejo de la agresión (láminas 7 y 10): ésta tiene una connotación muy destructiva en las historias. Siente que puede tomar tres direcciones: a) de los otros a ella, b) de ella a los otros, c) de ella hacia ella misma.

3) Dificultad para la elaboración de la situación triangular y asunción de la identidad. Búsqueda de un vínculo con el papá excluyendo a la mamá (láminas 2 y 9); agresión frente a la escena primaria (láminas 5 y 6); problemas en el proceso de identidad (láminas 4, 8 y 9).

Estas tres problemáticas se relacionan claramente a nivel de las relaciones objetales inconscientes, ya que aparece una conflictiva edípica temprana muy teñida por el sadismo oral.

La necesidad de recibir es muy intensa y no admite demoras. Fantasea con un vínculo que sea una fuente idealizada de suministros. El hambre es tal que necesita vaciar al objeto dador dañándolo; así, ya no es hambre sino voracidad. Dicha voracidad es incrementada por la competencia fraterna y por la figura paterna, ya que todos quieren recibir de mamá. Luego, teme tanto la represalia de la figura materna que ha sido vaciada como la del hermano y el padre que han sido robados. Cuando la competencia se da en relación con lo fraterno, el miedo al castigo materno la lleva a introyectar normas que mantengan a raya la voracidad, a fin de no dañar y ser castigada. Cuando la competencia es con la figura paterna, el problema se torna más difícil ya que se entremezclan los impulsos edípicos: entonces la solución es apelar a la fantasía de un mesías que pueda gratificar a todos, o unirse maníacamente a la figura paterna excluyendo a mamá (con fantasías de gratificación oral). El vínculo con la figura paterna se caracteriza por buscar un "placer sexual de tipo oral". Las fantasías masturbatorias satisfacen ese placer, siendo al mismo tiempo el producto de la envidia por la escena primaria y un ataque sádico a los padres unidos. Esta fantasía está unida a una intensa culpa persecutoria: teme la retaliación que la destruya.

En cuanto a las soluciones planteadas se distinguen tres posibilidades: 1) La introyección de normas superyoicas que controlen la agresión (Láminas 1, 4 y 10).

2) Soluciones fantaseadas difíciles de conciliar con la realidad: fantasías de gratificación oral en vínculo con un objeto inagotable, y fantasías de establecer un vínculo edípico en el que también se encuentre un suministro oral (Láminas 2, 3, 6 y 9).

3) Soluciones en las que el desenlace implica la destrucción de ella misma: castración y muerte (Láminas 5, 7 y 8).

Como epílogo de este trabajo, quisiera señalar al lector que un esquema de pautas interpretativas como éste tiene sus ventajas y desventajas. Es evidente que organiza la labor interpretativa y resulta una guía útil sobre todo para el psicólogo que se inicia. Sin embargo, vale la pena destacar que un esquema es siempre un esquema, y que deja afuera muchos datos significativos que resultan difíciles de integrar en una síntesis. Muchas hipótesis interpre-

tativas escapan a cualquier esquema pautado, pero no por eso dejan de ser valiosas en un informe final.

Bibliografía

- Bellak, L. y S., *Test de apercepción infantil (CAT)*, Paidós, Bs. As., 1966.
- Müller, Philippe. *Le CAT; recherches sur le dynamisme infantin*, Hans Huber y Presses Universitaires de France, 1958. (Hay vers. cast. de García Arzeno, M. E. y Zengotita, H., publicación de la Cátedra de Técnicas Projectivas, Dto. de Psicología, UNBA, 1970).
- Rabin, A. y Haworth, M., *Técnicas proyectivas para niños*, Paidós, Bs. As., 1966.
- Bell, J., *Técnicas proyectivas*, Paidós, Bs. As., 1964.
- Anderson y Anderson, *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*, Rialp, Madrid, 1963.
- Klein, M., *Relato del psicoanálisis de un niño*, Paidós, Bs. As., 1961.
- Kein, M., *Psicoanálisis de niños*, Hormé, Bs. As., 1964.
- Klein, M. y otros, *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As., 1964.
- Klein, M. y otros, *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Klein, M. y Rivière, J., *Las emociones básicas del hombre*, Nova, Bs. As., 1960.
- Phillipson, Herbert, *Test de relaciones objetales*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Phillipson, Herbert, *Una breve introducción a la técnica de las relaciones objetales*, publicación de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNBA.

Capítulo VII

La hora de juego diagnóstica

La hora de juego diagnóstica

Ana María Efron, Esther Fainberg, Yolanda Kleiner,
Ana María Sigal y Pola Woscoboinik

Introducción

La hora de juego diagnóstica constituye un recurso o instrumento técnico que utiliza el psicólogo dentro del proceso psicodiagnóstico con el fin de conocer la realidad del niño que trae a consulta.

La actividad lúdica es su forma de expresión propia, así como el lenguaje verbal lo es del adulto. Se trata entonces de instrumentalizar sus posibilidades comunicacionales con el fin de conceptualizar luego la realidad que nos presenta.

Al ofrecerle al niño la posibilidad de jugar en un contexto particular, con un encuadre dado que incluye espacio, tiempo, explicitación de roles y finalidad, se crea un campo que será estructurado básicamente en función de las variables internas de su personalidad.

En esta situación expresa sólo un segmento de su repertorio de conductas, reactualizando en el aquí y ahora un conjunto de fantasías y relaciones de objeto que se sobreimpondrán al campo de estímulo. Por eso se recurre complementariamente a otros instrumentos o métodos de investigación.

Creemos conveniente aclarar una diferencia básica entre la hora de juego diagnóstica y la hora de juego terapéutica, pues es muy común que se las confunda.

La primera engloba un proceso que tiene comienzo, desarrollo y fin en sí misma, opera como una unidad y se la debe interpretar como tal.

La segunda, en cambio, es un eslabón más en un amplio continuo en el que van surgiendo aspectos nuevos y modificaciones estructurales por la intervención activa del terapeuta. (Respecto de la participación del psicólogo en la hora de juego diagnóstica hablaremos detenidamente en el apartado "rol del entrevistador.")

Como puede verse existe mucha similitud con la entrevista libre diagnóstica del adulto.

Veamos ahora algunas diferencias.

En una la fantasía está mediatizada a través de verbalizaciones; en la actividad lúdica el mediatizador es predominantemente el juguete ofrecido, que expresa lo que el niño está vivenciando en ese momento.

En la verbalización la fantasía aparece tamizada por la mayor influencia del proceso secundario, resulta más clara la ubicación temporal de la fantasía expresada a través del lenguaje, el uso apropiado de los verbos y las leyes del pensamiento lógico formal. En el juego, en cambio, se da una comunicación de tipo espacial, en la que se incluyen más elementos del proceso primario a través de principios como los de condensación, atemporalidad y desplazamiento, actuados en el juego mismo.

Por otra parte, la hora de juego diagnóstica va precedida de las entrevistas realizadas con los padres (que corresponden al concepto de preentrevista de los adultos).

En ellas, el psicólogo elabora con los padres una consigna que éstos darán al niño. Como pueden intervenir distintos factores para que esta información llegue adecuadamente o no creemos necesario reformular al niño en un primer contacto dicha consigna en forma clara y precisa.

Cada hora de juego diagnóstica significa una experiencia nueva, tanto para el entrevistador como para el entrevistado. Implica, en nuestro criterio, el establecimiento de un vínculo transferencial breve cuyo objetivo es el conocimiento y la comprensión del niño.

Sala de juego y materiales

Consideramos que los aspectos formales de la hora de juego diagnóstica hacen al contenido de la misma, ya que el encuadre y las condiciones del ámbito de trabajo configuran una *Gestalt* que res-

ponde a nuestro marco referencial teórico. Por esto pasaremos a detallar las condiciones generales en las que debe desarrollarse tal proceso.

La sala de juego será un cuarto no demasiado pequeño, con escaso mobiliario (una mesa, dos o tres sillas y pizarra) con el fin de posibilitar al niño libertad de movimientos. Es preferible que las paredes y el piso sean lavables, lo que permitirá al entrevistador no preocuparse por la conservación del lugar de trabajo.

Es conveniente brindar al niño la posibilidad de jugar con agua, si lo desea, permitiéndole tener un fácil acceso a la misma.

Los elementos deben estar expuestos sobre la mesa, al lado de la caja abierta. Conviene que estén distribuidos sin responder a ningún agrupamiento de clases, dando al pequeño paciente la posibilidad de una ordenación que responda a sus variables internas, en función de sus fantasías y/o su nivel intelectual. No obstante, debe evitarse dar un panorama caótico a través de un amontonamiento indiscriminado de juguetes. La caja o canasto debe estar presente, porque puede funcionar como un elemento lúdico más y porque será el continente depositario de la producción que el entrevistado desee dejar al final de la hora. La presentación de los juguetes sobre la mesa, fuera de la caja, evita el incremento de la ansiedad persecutoria que puede surgir en un primer contacto frente a un continente-caja-desconocido, cerrado (compartimos en este caso el criterio de otros autores). Con respecto a los juguetes a incluir, hay diversas modalidades que responden al marco teórico adoptado por el entrevistador. Erikson, por ejemplo, de la escuela norteamericana, postula la necesidad de discriminar distintas áreas de la problemática del niño. Por esta razón selecciona los juguetes en función de las respuestas específicas que promueven: de tipo sensorio-motor, de integración cognoscitiva, del funcionamiento yoico, etcétera.

Además, introduciendo otro criterio, el de la funcionalidad del juguete, propone la inclusión de elementos de distintos tamaños, texturas y formas. Así, para facilitar el juego agresivo incluye revólveres, cuchillos de goma, bolsa de arena. Para estimular el área comunicativa: teléfonos, crayones, etc. Trata de representar en miniatura todos los objetos del mundo real circundante.

Estimamos que una cantidad excesiva de material distrae y confunde al entrevistado. Por lo tanto lo consideramos innecesario.

En lo que respecta a la escuela inglesa, de orientación kleiniana, no hay un criterio unificado. Siguiendo a Bick, se insiste en la utilización de material inestructurado: maderas de distinto tamaño y forma, plastilina, hilo, lana, trozos de tela, tijeras, bandas elásticas, vaso, etcétera.

Las críticas que puede hacerse a este enfoque, antagónico respecto del anterior, es que permite interpretar símbolos que no corresponden con lo que el niño desca realmente transmitir.

Nosotros adherimos a un criterio intermedio, brindando al niño material de distinto tipo, tanto estructurado como inestructurado, posibilitando la expresión, sin que la experiencia resulte invasora.

Proponemos entonces la inclusión en la caja de juguetes del siguiente material:

- papel tamaño carta
- lápices negros y de colores
- crayones.
- tijera de punta roma
- plastilina de distintos colores
- goma de borrar
- goma de pegar
- sacapuntas
- papel glacé
- hilo de tipo piolín
- dos o tres muñequitos (articulados y de distintos tamaños)
- familia de animales salvajes
- familia de animales domésticos
- dos o tres autitos de distintos tamaños que puedan funcionar como continentes
- dos o tres avioncitos con las mismas propiedades
- dos o tres tacitas con sus respectivos platitos
- cucharitas
- algunos cubos (aproximadamente seis) de tamaño intermedio
- trapitos
- tizas
- pelota.

Es importante que el material sea de buena calidad para evitar su fácil deterioro, situación que puede crear culpa en el niño y hacerle sentir que el entrevistador puede ser fácilmente des-

truido por sus impulsos agresivos, que tiene poca capacidad para contenerlos y manejarlos. Debe evitarse la inclusión de material peligroso para la integridad física del psicólogo o del niño (objetos de vidrio, tijeras con puntas agudas, fósforos, etcétera). El material, asimismo, debe estar en buen estado ya que, de lo contrario, el niño puede tener la sensación de estar en contacto con objetos ya usados y gastados.

Consigna

Cuando el niño entre en el consultorio, el psicólogo debe poner de manifiesto en forma breve y en lenguaje aprehensible una serie de informaciones que configuran la consigna:

definición de roles
limitación de tiempo y espacio
material a utilizar
objetivos perseguidos.

Esto significa que se le aclara que el material que está sobre la mesa puede utilizarlo como desee, que observaremos su juego con el propósito de conocerlo y comprender sus dificultades para una ayuda posterior, todo esto en un tiempo determinado y en ese lugar.

Además se explicitarán los límites generales en cuanto a la realización de acciones que resulten peligrosas para la integridad física, tanto del entrevistador como del entrevistado, de la habitación y el mobiliario, en caso de que esto fuera necesario y en el momento indicado.

Rol del psicólogo

El rol que cumple el psicólogo durante el proceso psicodiagnóstico es un rol pasivo, en tanto funciona como observador, y activo en la medida en que su actitud atenta y abierta (atención flotante) le permite la comprensión y formulación de hipótesis sobre la problemática del entrevistado.

La situación puede ser tal que el niño requiera nuestra participación, haciéndonos desempeñar un rol complementario. Incluso puede surgir la necesidad de un señalamiento (por ejemplo cuan-

do el niño se bloquea o manifiesta su rechazo mediante la inhibición del juego). Entendemos por señalamiento la explicitación de aspectos manifiestos disociados de la conducta. En ningún caso deben incluirse interpretaciones, ya que éstas apuntan a lo latente.

Otro tipo de participación es la puesta de límites en caso de que el paciente tienda a romper el encuadre.

En este sentido, toda participación del entrevistador tiene como objetivo crear las condiciones óptimas para que el niño pueda desarrollar su juego con la mayor espontaneidad posible, puesto que ésta, como cualquier otra situación nueva, provoca ansiedad. La función específica consiste en observar, comprender y cooperar con el niño.

Transferencia y contratransferencia

Una hora de juego diagnóstica significa una experiencia nueva tanto para el entrevistado como para el entrevistador. En este sentido, además de reflejar el interjuego de las series complementarias de cada uno, implica, a nuestro criterio, el establecimiento de un vínculo transferencial.

Antes del primer contacto existe ya una imagen mutua, resultado de la información que los padres transmiten. Esto condiciona determinadas expectativas que deben readecuarse en la primera entrevista, a través del vínculo real y concreto con el niño.

La transferencia en la hora de juego y en todo el proceso diagnóstico adquiere características particulares que responden, por una parte, a la brevedad del vínculo, y por otra, al hecho de que el medio de comunicación sean los juguetes brindados por el psicólogo, lo cual permite que la transferencia se amplíe y diversifique hacia estos objetos intermediarios. En ellos el paciente depositará parte de sus sentimientos representantes de distintos vínculos con objetos de su mundo interno.

Es tarea específica del psicólogo recuperar ese material para integrarlo, junto a los elementos verbales y preverbales, en la totalidad del proceso.

La contratransferencia es un elemento que puede ayudar a la comprensión del niño si es integrada conscientemente por el psicólogo. Éste debe discriminar sus propias motivaciones e impulsos a fin de que no interfieran en el análisis comprensivo de la conducta lúdica del niño.

Indicadores de la hora de juego diagnóstica

Cuando nos dedicamos a la tarea de analizar una hora de juego diagnóstica, encontramos que no existe estandarización de este material. Esto hace que la tarea resulte difícil y la producción no sea bien aprovechada.

Por lo tanto nos hemos propuesto elaborar una guía de pautas que ofrezcan un criterio sistematizado y coherente para orientar el análisis, comparar diversos materiales dentro del proceso psico-diagnóstico y obtener inferencias generalizadoras.

Este método de investigación permite además tener una guía interna compartida y objetivada, enriquecedora de la visión de conjunto.

Con ella no se pretende agotar toda la riqueza y complejidad de las posibilidades a tener en cuenta en la hora de juego, sino que se consideran los ítems más importantes a los fines del diagnóstico y pronóstico, apuntando tanto a lo dinámico como a lo estructural y económico.

Análisis de los siguientes indicadores

- 1) elección de juguetes y de juegos
- 2) modalidad de juego
- 3) personificación
- 4) motricidad
- 5) creatividad
- 6) capacidad simbólica
- 7) tolerancia a la frustración
- 8) adecuación a la realidad.

Elección de juguetes y de juegos

De acuerdo con las características individuales, la modalidad de aproximación a los juguetes puede asumir estas formas:

- 1) de observación a distancia (sin participación activa)
- 2) dependiente (a la espera de indicaciones del entrevistador)
- 3) evitativa (de aproximación lenta o a distancia)
- 4) dubitativa (de tomar y dejar los juguetes)
- 5) de irrupción brusca sobre los materiales

- 6) de irrupción caótica e impulsiva
- 7) de acercamiento, previo tiempo de reacción para estructurar el campo y luego desarrollar una actividad.

Hay que tener en cuenta también el tipo de juguete elegido para establecer el primer contacto, según el momento evolutivo y el conflicto que se trata de vehiculizar (obsérvese si se dirige a juguetes de tipo escolar, juguetes representativos de distintas modalidades de vínculos —oral, anal, fálico y genital—, juguetes inestructurados o de manifiesto significado agresivo).

En cuanto al tipo de juego, es necesario ver si tiene principio, desarrollo y fin, si es una unidad coherente en sí misma y si los juegos organizados corresponden al estadio de desarrollo intelectual correspondiente a su edad cronológica (en esta evaluación seguimos los criterios genéticos evolutivos que propone Jean Piaget).

En un niño de tres años es dable esperar un juego de tipo egocéntrico, centrado en sí mismo. Puede pedir ayuda o hacer preguntas acerca de los objetos, pero no toma al entrevistador como participante activo en el juego. Además su actividad lúdica no se ajusta a ningún plan previo, es espontánea y lábil. Ello determina que pase con facilidad de un juego a otro, sin terminar con ninguno. La atención está centrada fundamentalmente en la investigación del objeto, en sus funciones y en el placer que le proporciona el ejercicio y manipuleo de los mismos.

Su sentido de realidad es aún restringido, por lo cual la funcionalidad de los objetos se determina subjetivamente. (Por ejemplo, puede hacer que los autos rueden por el aire).

De los cuatro a los siete años hay una mayor aproximación a lo real, con creciente preocupación por la veracidad de la imitación exacta. Esto se aprecia en la actividad gráfica, en las construcciones y en las asociaciones verbales.

Por otra parte, el desarrollo del proceso de socialización permite al niño cada vez más reconocer al otro como copartícipe de su juego. De este modo puede dirigirse al psicólogo no solamente para que él lo ayude sino también para que tome un rol activo, discriminado y real, complementario del suyo.

En los dibujos pasa del garabato propio de los tres años a una imitación más realista del objeto representado, incluyendo cada vez más elementos del mismo. Respecto de la construcción con cubos, a los cuatro años se interesa en apilar con equilibrio

pero sin objetivo previo y sin mayor continuidad: puede interrumpir para pasar a otra cosa.

Hacia los cinco o seis años comienza a incluir la intencionalidad: el propósito explícito de realizar una determinada tarea con un margen más amplio de constancia respecto de sus objetivos.

Posteriormente, de siete a once años, encontramos ya establecidos los esbozos de reglas: puede atribuir y asumir roles explicitados de antemano y cercanos a la realidad (vendedor, maestro, alumno). Tiene sentido del juego mutuo y conciencia de la alteración de la regla; puede dramatizar escenas cotidianas.

Otro elemento de importancia es el uso que el niño hace del lenguaje, su atinencia con el juego que desarrolla y con la edad.

Modalidad del juego

Es la forma en que el yo pone de manifiesto la función simbólica. Cada sujeto estructura su juego de acuerdo con una modalidad que le es propia y que implica un rasgo caracterológico. Entre dichas modalidades podemos detectar:

- a) plasticidad
- b) rigidez
- c) estereotipia y perseveración.

Cuando el niño puede apelar a cierta riqueza de recursos verbales para expresar distintas situaciones con un criterio económico, a través de la vía del menor esfuerzo, nos muestra plásticamente su mundo interno.

Esta plasticidad puede manifestarse de distintas maneras: expresando la misma fantasía o defensa a través de distintos mediatizadores; varias fantasías con varios mediatizadores, o una gran riqueza interna por medio de pocos elementos que cumplen diversas funciones.

En el primer caso citaremos el ejemplo de Pablo, de siete años, que a lo largo de toda la hora de juego muestra su omnipotencia como defensa identificándose en un primer momento con figuras fuertes (salta con el guardapolvo puesto como capa, diciendo que es el Zorro y combatiendo a los soldados), mientras que más tarde comienza a llenar un jarrito afirmando que va a alimentar a todos los animalitos que hay en el canasto. (Se identifica ahora, también omnipotentemente, con un pecho inagotable.) Expresa

entonces en forma plástica una misma defensa maníaca, con variedad de recursos.

En el segundo caso vemos otra modalidad de la plasticidad: la expresión de una gama de situaciones a través de distintas áreas de conflicto que se desprenden como núcleos organizativos de su juego. El psicólogo siente al terminar la hora de juego que el niño ha expresado un amplio espectro de su vida emocional, que se manifestó en forma integrada, en una secuencia fluida y sin la necesidad de recurrir a mecanismos de aislamiento o control obsesivo.

La tercera situación muestra la posibilidad de que un mismo objeto cambie de función, vehiculizando diversas fantasías de manera adaptativa, sin producir respuestas tan originales que resulten incomprensibles para el entrevistador o impidan la comunicación y expresión de lo que realmente se desea transmitir.

Susana, cinco años, utiliza una taza para dar de comer a su muñeca, expresando así una fantasía oral. Poco después en su juego la taza adquiere otro significado: puesta boca abajo sirve de asiento para su muñeca. Vemos la capacidad de la niña para modificar la función de los objetos adecuándolos a sus necesidades de expresión.

Dicha plasticidad se convertiría en labilidad patológica si el cambio fuera hasta tal punto brusco y constante que los objetos no conservaran ni por un momento los atributos adjudicados.

Estas modalidades de expresión de la plasticidad no son excluyentes y pueden darse en un mismo paciente a lo largo de una hora de juego complementándose entre sí.

Otra modalidad clara y opuesta a la anterior es la rigidez en el juego, generalmente utilizada frente a ansiedades muy primitivas para evitar la confusión. En este caso el niño adhiere a ciertos mediatizadores en forma exclusiva y predominante para expresar la misma fantasía. Esta característica se puede ver tanto en los juguetes como en las secuencias, verbalizaciones y gestos, y tiene como propósito controlar la identificación proyectiva en el depositario, conservar los límites y mantener la disociación, dado que cualquier situación nueva lo desorganiza y provoca confusión. Esta defensa empobrece al yo y da como resultado un juego monótono y poco creativo.

Es una modalidad no adaptativa que se ve fundamentalmente en niños neuróticos.

Para ejemplificar, relatamos el caso de Daniel, de diez años. Durante 20 minutos de la hora de juego cuadricula un papel glacé, y luego comienza a hacer un enrejado con las tirillas que cortó del mismo, entrecruzándolas. Tarea que le insumió toda la hora por el cuidado extremo que ponía, cosa que lo diferencia de un juego repetido y sin sentido, propio de una modalidad estereotipada.

La rigidez suele expresarse también a través de la imposibilidad de modificar los atributos otorgados al objeto. Por ejemplo: Susana, de cinco años, toma cuatro tacitas iguales y le adjudica a cada una de ellas una función sobre la base de una pequeña diferencia. Durante 30 minutos realiza un juego, conservando rígidamente los roles y poniendo sumo cuidado en no confundir las tazas. Se la ve preocupada por esto. Cuando queda oculta una de las tazas entra en pánico y comienza a llorar, calmándose cuando la entrevistadora se lo señala. Reanuda entonces el juego cuando supera la paralización que le produjo entrar en confusión.

Como modalidades más patológicas de funcionamiento yoico, podemos caracterizar el juego estereotipado y el perseverante. En ellos se manifiesta una desconexión con el mundo externo cuya única finalidad es la descarga; se repite una y otra vez la misma conducta y no hay fines comunicacionales.

Este juego es típico de los niños psicóticos y con lesiones orgánicas.

Juan Carlos, de nueve años, recortó durante una hora de juego un mismo elemento multiplicado sin introducir variable alguna.

Personificación

Cuando hablamos de personificación nos referimos a la capacidad de asumir y adjudicar roles en forma dramática.

En cada período evolutivo la capacidad de personificación adquiere características diferentes. En niños pequeños se expresa de manera más inmediata la realización de deseos utilizando como mecanismo fundamental la identificación introyectiva. Asume el rol del otro, haciendo suyo el personaje temido o deseado.

Estela, de dos años y medio, a quien llevan a la consulta por crisis de llanto cada vez que su hermano de seis años va a la escuela, toma en la hora de juego su carterita dentro de la cual coloca crayones y una hoja.

En una etapa posterior las personificaciones se enriquecen con figuras imaginarias tales como las hadas, monstruos y cucos, disociando y proyectando en estas figuras sus diferentes imagos.

El niño comienza también a adjudicar roles y a hacer más explícito el vínculo que mantiene con estas imagos (se somete, vence, domina, ataca o es atacado, es el perseguido o el perseguidor), mostrando sucesivas alternancias de estos roles, como expresión de la labilidad de las identificaciones.

En la latencia, el niño tiende a dramatizar roles definidos socialmente, con menor expresión de la fantasía en función del incremento de la represión. Amplía su campo de conexión con el medio ambiente, tiende a jugar, por ejemplo, al policía y al ladrón, la maestra, el vendedor, con menor alternancia de roles y mayor arraigo en sus identificaciones.

En el juego de prepúberes se observa una inhibición de esta capacidad porque se torna posible la actuación real de sus fantasías.

Para darles curso elige objetos más alejados del medio familiar a través de un desplazamiento, que se expresa fundamentalmente en el área simbólica.

La personificación adquiere nuevamente importancia y se utiliza como medio de expresión en la adolescencia.

La personificación como elemento común a todos los períodos evolutivos normales posibilita la elaboración de situaciones traumáticas, el aprendizaje de roles sociales, la comprensión del rol del otro y el ajuste de su conducta en función de ello, lo cual favorece el proceso de socialización e individuación.

Debemos tener en cuenta que el pasaje de un período a otro no se realiza en forma lineal ni brusca, sino que implica sucesivas progresiones y regresiones.

El análisis del contenido de la personificación nos lleva a evaluar a través de la calidad e intensidad de las distintas identificaciones el equilibrio existente entre el Superyó, el Ello y la realidad, elemento de fundamental importancia, diagnóstica y pronóstica. Este equilibrio se logra cuando el Superyó se torna más permisivo y refleja con mayor realidad las figuras de autoridad real y por ende con menor sadismo, permitiendo al Yo la satisfacción de deseos e impulsos sin entrar en conflicto con la realidad.

En la consigna hay una explicitación de roles que implica la observación del psicólogo y el juego del niño. Si durante el trascur-

so de la hora de juego el niño nos pide que asumamos determinados roles, creemos necesario que nos explique con claridad las características del rol adjudicado para que quede bien definido y responda a las fantasías proyectadas.

Motricidad

Este indicador nos permite ver la adecuación de la motricidad del niño con la etapa evolutiva que atraviesa.

En cada período hay pautas esperables que responden por un lado al desarrollo neurológico y por otro a factores psicológicos y ambientales.

Los trastornos motores pueden responder a cualquiera de dichos factores con predominancia de algunos de ellos y/o a una interrelación entre los mismos.

A través de la hora de juego el psicólogo puede observar la disfuncionalidad motriz, aunque para especificar la calidad y la intensidad y el origen del trastorno será preciso aplicar instrumentos más sensibles.

No creemos necesario hacer una descripción de las pautas evolutivas del desarrollo motriz, pues existe amplia bibliografía al respecto; sólo queremos destacar que es importante tener en cuenta el estadio evolutivo del niño que estamos examinando para inferir cualquier conclusión acerca del tema, así como también ver las recurrencias que pueden encontrarse dentro del proceso psicodiagnóstico. El manejo adecuado de las posibilidades motoras permite el dominio de los objetos del mundo externo y la posibilidad de satisfacer sus necesidades con autonomía relativa, en tanto las dificultades provocan frustraciones e incrementan tensiones a nivel intra e interpersonal.

La comunicación gestual y postural enriquece el mensaje y puede mostrar aspectos disociados que se manifiestan como una discordancia entre lo que se dice y lo que se expresa corporalmente.

Un buen manejo del cuerpo produce placer y redundante en un fortalecimiento yoico que permite el alcance de nuevos logros y facilita la posibilidad de sublimar cuando el niño está preparado para ello.

Algunos aspectos dignos de observar dentro de este indicador son:

- 1) Desplazamiento geográfico.
- 2) Posibilidad de encaje.
- 3) Preensión y manejo.
- 4) Alternancia de miembros.
- 5) Lateralidad.
- 6) Movimientos voluntarios e involuntarios.
- 7) Movimientos bizarros.
- 8) Ritmo del movimiento.
- 9) Hiperquinesia.
- 10) Hipoquinesia.
- 11) Ductilidad.

Para ejemplificar alteraciones motoras vistas en una hora de juego, citaremos el caso de Carlos, de siete años, que presenta dificultades en la escritura. En la hora de juego el psicólogo percibe que hay dificultad para inhibir el movimiento una vez comenzada la acción, siendo este material recurrente en la expresión gráfica, que también se ve alterada. Se pide una consulta neurológica para hacer el diagnóstico diferencial, y se encuentran algunas alteraciones en el trazado electroencefalográfico.

Indudablemente existían también factores psicológicos de importancia sobreagregados, pero la observación de los elementos motores nos dio una pista importante para detectar el trastorno y permitir la puesta en marcha de un tratamiento conjunto.

Este síntoma pasó inadvertido para la familia que veía a Carlos como a un niño torpe: la alteración se daba a nivel del movimiento fino.

Para citar un ejemplo en el que el componente fundamental era producto de un trastorno psicógeno, mencionaremos el caso de Sebastián, un niño de 9 años, que trae a consulta a causa de trastornos de conducta serios. En la hora de juego produce mucho material de contenido psicótico y, en lo que atañe a motricidad en particular, realiza muecas grotescas que desfiguran su expresión facial desconectadas del material producido en ese momento. Los movimientos bizarros que comienzan en su rostro finalmente aparecen comprometiendo todo su cuerpo.

Debemos tener en cuenta el tercer factor citado como posible causante de la disfunción motriz: la falta de estimulación ambiental. Es frecuente que los centros asistenciales hospitalarios consulten por niños que tienen dificultades al comienzo de su escolaridad. La inmadurez o dificultad a nivel motor suele responder

a una falta de estimulación ambiental en el momento de la adquisición de las funciones, manifestada luego en torpeza de los movimientos finos (trastornos en la escritura).

Creatividad

Crear es unir o relacionar elementos dispersos en un elemento nuevo y distinto. Ello exige un yo plástico capaz de la apertura a experiencias nuevas, tolerante a la inestructuración del campo.

Este proceso tiene una finalidad deliberada: descubrir una organización exitosa, gratificante y enriquecedora, producto de un adecuado equilibrio entre el principio de placer y el principio de realidad. El niño acciona sobre los elementos de su entorno (juguetes), para lograr los fines propuestos.

La nueva configuración tiene una connotación de sorpresa o descubrimiento para el niño y se acompaña de un sentimiento de satisfacción.

La dinámica interna de este proceso se expresa a través del interjuego entre la proyección y la reintroyección de lo proyectado, ahora modificado, transformado en un producto cualitativamente distinto, promotor del crecimiento y el cambio estructural que redundará en un incremento de la capacidad de aprendizaje.

Esta connotación de "deliberado", "al servicio del Yo" y "con fines comunicativos" es lo que caracteriza a la creatividad, diferenciándola de la "producción original" del psicótico, que cumple fines de descarga del Ello.

Para ejemplificar citaremos el juego de un niño de ocho años: quiere pintar y no halla el pincel ni las acuarelas. Construye entonces uno, cortando pequeños trocitos de piolín, los une en un extremo, luego coloca un palito en la punta; toma la punta de un lápiz de color, la deshace y le coloca agua obteniendo así los materiales que deseaba, utilizándolos en forma exitosa.

Claudio, de nueve años, muestra el fracaso de su posibilidad de crear porque no logra, con los materiales elegidos, una función adecuada. Toma una bola de plastilina y la ata a un hilo convirtiéndola en un yo-yo y fantasea que hace con él figuras complicadas.

Trata de lograr una nueva configuración, pero fracasa y la frustración lo lleva a una conducta de tipo alucinatorio.

La tolerancia adecuada a la frustración permite que se forme

la representación mental del objeto, en ausencia de éste. Redunda en el incremento de la función simbólica y anticipa su conexión con el mismo.

La alteración de esta función puede darse en dos direcciones opuestas:

a) un extremo sometimiento a la realidad desagradable, indicador de elementos altamente destructivos y masoquistas. La excesiva tolerancia determina pobreza interna y falta de logros adecuados en el mundo externo;

b) una absoluta intolerancia a la frustración y el afecto concomitante que ésta despierta, característica de un yo inmaduro que no puede postergar los deseos insatisfechos, lleva a evacuar a través de la actuación o de una desconexión con el medio y la concomitante satisfacción narcisística de necesidades (autoabastecimiento). Son aquellos sujetos que por no frustrarse y sufrir evitan las situaciones de prueba realística, manteniendo su omnipotencia.

Tolerancia a la frustración

La tolerancia a la frustración se detecta en la hora de juego a través de la posibilidad de aceptar la consigna con las limitaciones que ésta propone: la puesta de límites, la finalización de la tarea y en el desarrollo del juego, en la manera de enfrentarse con las dificultades inherentes a la actividad que se propone realizar.

La evaluación correcta de dicha función es importante a nivel diagnóstico, pero aun más en cuanto a pronóstico. Resulta fundamental diferenciar dónde ubica el niño la fuente de frustración: si deriva de su mundo interno (dibujar algo que va más allá de sus posibilidades) o si la localiza preferentemente en el mundo externo (desear algo que no está presente), así como también la reacción frente a ella: encontrar elementos sustitutivos (señal de buena adaptación) o desorganizarse, ponerse a llorar (actitud negativista).

La capacidad de tolerar la frustración está íntimamente relacionada con el principio de placer y de realidad. Instintivamente el niño tiende a la descarga y a la satisfacción de los deseos y el principio de realidad es el que regula dicha satisfacción a través de las funciones yoicas. Se produce así una frustración necesaria

de los elementos postergados en función de la adquisición de nuevas posibilidades y, por ende, del crecimiento del niño, lo que redundará en un equilibrio emocional adaptativo y madurativo del Yo.

Capacidad simbólica

El juego es una forma de expresión de la capacidad simbólica y la vía de acceso a las fantasías inconscientes.

Un monto adecuado de angustia es la base necesaria para la formación de símbolos. La expresión directa de las situaciones conflictivas puede inhibir total o parcialmente la conducta lúdica, pues provoca un *quantum* de ansiedad intolerable al yo.

Por lo tanto, el niño logra mediante el juego la emergencia de estas fantasías a través de objetos suficientemente alejados del conflicto primitivo y que cumplen el rol de mediatizadores: apela a sus posibilidades de elaboración secundaria para expresar la fantasía.

El símbolo debe estar suficientemente cercano al objeto primario simbolizado como para permitirle su expresión deformada. Cuanto más elementos utiliza el niño para expresar su mundo interno, tantas mayores posibilidades yocicas revela, en el sentido de reflejar en la realidad toda una serie de significantes adquiridos mediante un proceso de capacitación para simbolizar.

En la capacidad simbólica no sólo valoramos la posibilidad de crear símbolos, sino que analizamos la dinámica de su significado, tema que no incluiremos aquí, con el fin de evitar un reduccionismo a simbologías universales.

Cada símbolo adquiere sentido en el contexto en el cual se expresa.

A medida que el niño crece aumenta la distancia entre el símbolo y lo simbolizado.

Se van produciendo sucesivos desplazamientos y se va imponiendo el principio de realidad. La gratificación de las fantasías primarias tiende a ser postergada cada vez más.

Por ello encontramos grandes diferencias entre el juego de los niños muy pequeños que sigue las leyes del proceso primario y el de los latentes, con predominancia del proceso secundario.

Cuanto mayor es el desplazamiento, menor es la resistencia que opone el yo.

Otro elemento a tener en cuenta es la relación entre el elemento mediatizador expresivo de la fantasía y la edad cronológica.

M. Klein, al referirse a la capacidad simbólica, expresa que "el simbolismo no sólo constituye el fundamento de toda fantasía y sublimación, sino que sobre él se construye la relación del sujeto con el mundo exterior y la realidad en general".

Resumiendo, a través de este indicador podemos evaluar:

a) LA RIQUEZA EXPRESIVA

1. La búsqueda que el niño hace en el entorno de soportes materiales (significantes) que vehiculicen en forma adecuada sus fantasías y conflictos (significados).
2. Una nueva búsqueda, cuando a través de las formas anteriores de simbolización no logra los fines comunicacionales.
3. La coherencia de la concatenación de los símbolos, es decir, la posibilidad de transmitirlos a través de un nexo lógico.

b) LA CAPACIDAD INTELECTUAL

Durante la hora de juego y a través de los símbolos que utiliza, el niño evidencia una discriminación y manejo de la realidad acorde a su edad evolutiva o no. La manera como lo hace nos da la pauta del estado en que se halla el proceso de simbolización, si se desarrolla sin inhibiciones en el área del aprendizaje.

Este proceso sufre una evolución; parte de la ecuación simbólica propia de la etapa oral, en la que no hay distancia respecto del objeto, hacia el desprendimiento paulatino del soporte material que comienza a manifestarse en la posición depresiva, frente a la conciencia cada vez mayor de la ausencia del objeto.

A medida que el niño crece aumenta la distancia entre el significante y el significado, adquiriendo el primero una connotación cada vez más compartida en el ámbito social, cuya manifestación por excelencia es el lenguaje.

c) LA CALIDAD DEL CONFLICTO

Este punto alude a los aspectos del contenido de la capacidad simbólica. Los símbolos que utiliza el niño nos remiten a la comprensión del estadio psicosexual por el que atraviesa y su modalidad de expresión.

Es decir, en sus juegos, el pequeño entrevistado puede expresar fantasías de tipo oral, anal, uretral, fálico o genital, y lo hace

de determinada manera en función de sus técnicas habituales de manejo.

La intensidad del conflicto es variable. Un índice del mismo puede inferirse a través de la reiteración de determinada fantasía, así como también por la forma de expresión elegida.

Adecuación a la realidad

Uno de los primeros elementos a tener en cuenta al analizar una hora de juego es la capacidad del niño de adecuarse a la realidad. En este primer momento se manifiesta a través de la posibilidad de desprenderse de la madre y de actuar en forma acorde a su edad cronológica, demostrando la comprensión y aceptación de la consigna.

Dicha adecuación a la realidad nos permite evaluar posibilidades y/oicas, en tanto pueda adaptarse o no a los límites que esta situación le impone:

a) Aceptación o no del encuadre témporo-espacial con las limitaciones que esto implica.

b) Posibilidad de ubicarse en su rol y aceptar el rol del otro.

Estas situaciones son observables a lo largo de toda la hora de juego y en cada uno de los indicadores.

Ejemplo de desvío de la primera situación: Un niño juega a la pelota en el consultorio y la manipula como si estuviera en una cancha de fútbol; no adecua su motricidad al ámbito geográfico en el cual se está moviendo en esta situación particular, y corre el riesgo de romper algo o lastimarse o hacer lo propio con el psicólogo.

Otro ejemplo de dificultad de adecuación al encuadre espacial se da en el niño que insiste en utilizar la sala de espera como prolongación del consultorio.

La dificultad de adaptarse temporariamente a la situación se ve en la estructuración de juegos tan prolongados que impiden su finalización con la frustración consecuente, mostrando un desfase entre lo realizado y lo planificado.

En cuanto a la segunda situación puede aparecer: la no aceptación del rol asignado al niño, que el psicólogo explicitó en la consigna (por ejemplo negarse a jugar) o el no reconocimiento del otro como persona distinta y desconocida (el niño que in-

tenta sacar del rol al psicólogo, no aceptándolo como observador no participante).

En el comienzo de la hora de juego pueden aparecer conductas poco adecuadas, por ser el primer contacto que establece con el psicólogo; necesitará entonces un tiempo de adaptación, que será diferente para cada individuo. La capacidad de reorganizarse es un elemento fundamental para el pronóstico, así como lo es la capacidad de readaptarse frente a las nuevas pruebas del proceso diagnóstico. Si el niño, una vez que se adaptó a la situación de juego, no puede aceptar las nuevas consignas e insiste en la conducta lúdica, nos está proporcionando material importante para su interpretación.

No poder adecuarse a la realidad implica un déficit en la discriminación Yo-no Yo.

El juego del niño psicótico

La dificultad para jugar es el índice más evidente de las características psicóticas presentes en un niño seriamente perturbado.

Es importante destacar que, en términos estrictos, no se trataría de un juego en el sentido de actividad lúdica en tanto jugar implica la posibilidad de simbolizar. En el psicótico, significativo y significado son una misma cosa (ecuación simbólica).

No obstante debemos tener en cuenta que el niño puede tener partes de su personalidad más preservadas o que han logrado una organización no psicótica, y dependerá del monto, de la calidad y de la interrelación de éstas la posibilidad de expresar su conflicto.

Esta dificultad va desde la inhibición total o parcial del juego hasta la desorganización de la conducta.

Es importante distinguir en un diagnóstico diferencial situaciones en las que se estructura un "seudo juego", conductas o series de conductas en las que el niño aparenta jugar, pero en las que hay una ausencia total o parcial de simbolización. En estos casos el niño sólo descarga una fantasía.

Tal el caso de Juan, quien durante una hora de juego comienza a girar en el suelo usando su cabeza como eje y repitiendo en voz alta: toc, toc, toc, identificándose con un reloj. Podríamos pensar que el niño está jugando, pero en realidad no es así. Es un

seudo juego en el cual actúa corporalmente una fantasía; no juega a ser un reloj, sino que "es" el reloj. Ha perdido la distancia y la posibilidad de simbolizar, desapareciendo el "como si" propio del juego de niños normales y neuróticos.

La estructura psicótica se evidencia en los diversos indicadores. Así el niño psicótico no puede adecuarse a la realidad en tanto se maneja con predominancia del proceso primario, distorsionando la percepción del mundo externo y, en la situación diagnóstica, la relación o el vínculo con el psicólogo.

La capacidad simbólica queda relegada por la predominancia de ecuaciones simbólicas, como vimos en el ejemplo descrito anteriormente. Los personajes extremadamente crueles que actúa el niño psicótico se corresponden con un Superyó primitivo de características terroríficas y sádicas, el cual, según Melanie Klein, es uno de los factores básicos del trastorno psicótico. Concomitantemente nos encontramos frente a un Yo desorganizado cuyos mecanismos de defensa primitivos son la identificación proyectiva masiva y el *splitting*.

Otros elementos significativos suelen ser la perseveración o estereotipia en la conducta verbal y preverbal, aunque no son características privativas del juego en cuadros psicóticos, sino que se presentan también en orgánicos o neurosis graves.

Son frecuentes las organizaciones originales, los neologismos, las actitudes bizarras y las dificultades de adecuación a la realidad, tolerancia a la frustración y aprendizaje.

En cuanto al pronóstico, es importante tener en cuenta en el desarrollo de la hora de juego aquellos elementos que impliquen una posibilidad de conexión con el psicólogo y/o con el objeto intermediario.

El juego del niño neurótico

En general observamos la posibilidad de expresión lúdica con reconocimiento parcial de la realidad, áreas libres de conflicto coexistentes con escotomas que encubren situaciones conflictivas.

La gama y variación de los conflictos a nivel neurótico son muy amplias; por lo tanto describiremos un perfil común que nos permita caracterizar el juego del niño neurótico.

A diferencia del niño psicótico, encontramos desarrollada la

capacidad simbólica, que le posibilita la expresión de sus conflictos en el "como si" de la situación de juego, siendo capaz de discriminar y evidenciar un mejor interjuego entre fantasía y realidad, así como también las alteraciones significativas en áreas específicas. Por lo tanto, es importante tener en cuenta el grado y la calidad de la comunicación con el psicólogo y los juguetes, manifestados a través del desplazamiento de su mundo interno.

La dinámica del conflicto neurótico se da entre los impulsos y su relación con la realidad. Utiliza entonces una serie de conductas defensivas que redundan en un empobrecimiento yoico cuyas características dependerán de las áreas afectadas. El cuadro nosográfico, por su parte, se determina por la predominancia de cierto tipo de defensas.

En estos niños hay, pues, una adecuación relativa a la realidad, cuyo grado depende de los términos del conflicto, hay un intento de satisfacer el principio de placer que a su vez genera culpa no tolerada por el Yo, quien desplaza el impulso a objetos sustitutivos alejados del originario.

Este desplazamiento, al servicio de la represión, promueve un círculo vicioso por el cual la satisfacción no se logra y debe recurrirse a nuevos desplazamientos que evidencian el conflicto una vez más.

De este modo se ven limitadas la capacidad de aprendizaje y las posibilidades creativas que dependen de una síntesis yoica adecuada.

Otra característica diagnóstica es el bajo umbral de tolerancia a la frustración o la sobreadaptación en ciertas áreas, manifestaciones ambas de la debilidad yoica del neurótico que está en íntima relación con las características severas de su Superyó y los términos del conflicto.

Estos niños dramatizan personajes más cercanos a los modelos reales, con menos carga de omnipotencia y maldad.

El juego del niño normal

Debemos tener en cuenta que la hora de juego diagnóstica está incluida dentro del proceso psicodiagnóstico total, y es muy importante detectar las distintas respuestas del niño frente a situaciones que van desde la gran inestructuración dada por la consigna

en la hora de juego, hasta situaciones más pautadas del resto del proceso.

La comparación de los distintos momentos nos permitirá establecer diferencias diagnósticas y pronósticas.

En los distintos indicadores tratamos de caracterizar fundamentalmente pautas aproximadas a una conducta adaptativa.

Es fundamental tener presente que conflicto no es sinónimo de enfermedad; en cada período evolutivo, el niño atraviesa por situaciones conflictivas inherentes a su desarrollo.

En el niño normal el equilibrio estructural le permite superar estos conflictos y salir enriquecido de ellos, es decir que la situación conflictiva opera como motor y no como inhibidor del desarrollo.

La confianza en sus posibilidades y oícas y un Superyó benévolo hacen posible atravesar estas situaciones de crisis que implican la elaboración de pérdidas y nuevas adquisiciones propias del crecimiento.

La libertad interna que le brinda el equilibrio óptimo entre fantasía y realidad, sus posibilidades creativas y por ende reparatorias, lo enriquecen permanentemente permitiéndole aprender de la experiencia.

En cuanto a la personificación en el juego, los modelos actuales se aproximan a los objetos reales representados, se da libre curso a la fantasía, adjudicando y tomando distintos roles en la situación de vínculo con el psicólogo, con lo que se amplían las posibilidades comunicativas.

La hora de juego diagnóstica de un niño puede presentar momentos alternantes con diferentes cualidades o características. De la normalidad a la psicosis pasando por la neurosis se establece un continuo dentro del cual estos matices son los que establecen las diferencias cuantitativas y cualitativas.

	PSICOTICO	NEUROTICO	NORMAL
ADECUACION A LA REALIDAD	Carece de adecuación por falta de discriminación de la realidad como tal.	Reconocimiento parcial; es-cotomas en función del conflicto.	Buena capacidad de adaptación.
ELECCION DE JUGUETES Y DE JUEGOS	Responde a una intencionalidad de estructuración psicótica.	Determinado por el área conflictiva.	En función de necesidades e intereses propios de la edad.
CAPACIDAD SIMBOLICA	Ecuación simbólica. Actualización directa de las fantasías.	Compulsión a la repetición.	Posibilidad de expresar las fantasías a través de la actividad simbólica con mayor riqueza.
MODALIDAD DEL JUEGO	Estereotipia - perseverancia - rigidez - etcétera.	Alternancia en función de las defensas predominantes.	Rico - fluido - plástico.

	PSICOTICO	NEUROTICO	NORMAL
MOTRICIDAD	Movimientos o gestos bizarreros. Cambios bruscos sin relación con el contexto. Inhibición - autismo.	Variable.	Adecuada.
CREATIVIDAD	No existe como posibilidad propia. Producción original.	Disminuida; depende del grado de síntesis yóica.	Buena, en función de su libertad interna.
PERSONIFICACION	Personajes crueles y terroríficos con gran carga de omnipotencia.	Personajes más cercanos a la realidad, más discriminación que el psicótico. Fijeza en la adjudicación de roles.	Mayor fluidez. Posibilidad de intercambiar roles. Asimilar y adjudicar.
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	Predomina el principio de placer. Mínima.	Bajo umbral, o sobreadaptación.	Capacidad de tolerar, modificación de la realidad sin sometimiento.

Bibliografía

Aberastury, A., *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Paidós, Bs. As., 1962.

Allen, Frederick H., *Psicoterapia infantil*, Paidós, Bs. As., 1945.

Bleger, José, *La entrevista psicológica*, edición de O.P.F.Y.L. (Dpto. de Public. de la Fac. de Filosofía y Letras), Bs. As.

Gessell y Amatruda, *Diagnóstico y desarrollo normal y anormal del niño*, Paidós, Bs. As., 1969.

Kanner, Leo, *Psiquiatría infantil*, Paidós, Bs. As., 1968.

Klein, M., *El psicoanálisis de niños*, Paidós, Bs. As., 1961.

Klein, M., *Relato del psicoanálisis de un niño*, Paidós, 1961.

Klein, M. y ot., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1965.

Klein, M., Id., Cap. I: "La técnica psicoanalítica del juego: su historia y su significado".

Heimann, P., Id., Cap. IV: "Algunas funciones de introyección y proyección de Edipo. Las etapas tempranas".

Munro, L., Id., Cap. VI: "Pasos en la integración del yo observados en un análisis de juego".

Rodrigué, E., Id., Cap. VII: "El análisis de un esquizofrénico de tres años con mutismo".

Klein, M., Id., Cap. XIII: "Sobre la identificación".

Klein, M., *Contribuciones al psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1965.

Klein, M., Id., "La personificación en el juego de los niños".

Klein, M., Id., "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo", 1930.

Klein, M., Id., "El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas", 1945.

Klein, M. y ot., *Desarrollos en psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1945.

Isaac, S., Id., Cap. III: "Naturaleza y función de la fantasía".

Heimann, P., Id., Cap. IV: "Algunas funciones de introyección y proyección de la temprana infancia".

Klein, M., Id., Cap. VI: "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante".

Klein, M., Id., Cap. IX: "Nota sobre algunos mecanismos esquizoides".

Laplanche y Pontalis, *Vocabulaire de la Psychanalyse*, P.U.F., París (hay vers. cast.: *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona.)

Liberman, David, *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Eudeba, Bs. As., 1962.

Pavlovsky, Edmundo, *Psicoterapia de la niñez y la adolescencia*.

Piaget, Jean, *Psicología de la inteligencia*, Psique, Bs. As., 1955.

Piaget, Jean, *La formación del símbolo en el niño*, F.C.E., México, 1961.

Piaget, Jean, Id., Cap. IV: "El nacimiento del juego".

Piaget, Jean, Id., Cap. V: "La clasificación de los juegos y su evolución a partir de la aparición del lenguaje".

Piaget, Jean, Id., Cap. VI: "La explicación del juego".

Piaget, Jean, Id., Cap. VII: "El simbolismo secundario del juego, el sueño y el simbolismo inconsciente".

Piaget, Jean, Id., Cap. VIII: "El paso de los esquemas sensorio-motores a los esquemas conceptuales".

Piaget, Jean, Id., Cap. IX: "De las categorías prácticas a las categorías representativas".

Rabin y Haworth, *Técnicas proyectivas para niños*, Paidós, Bs. As., 1965.

Rodrigué, E. y Rodrigué G. de, *El contexto del proceso psicoanalítico*, Paidós, Bs. As.

Rodrigué, E. y Rodrigué G. de, Id., Cap. IV: "La naturaleza y función de los símbolos".

Rodrigué, E. y Rodrigué G. de, Id., Cap. V: "Sobre la formulación de la interpretación".

Rodrigué, E. y Rodrigué G. de, Id., Cap. VI: "El cajón de juguetes del niño y el cajón de fantasía del adulto".

Rodrigué, E. y Rodrigué, G. de, Id., Cap. VIII: "La interpretación lúdica: una actitud hacia el juego".

Hacia un modelo estructural de la hora de juego diagnóstica

Analía Kornblit

En el transcurso de nuestra labor en el equipo de niños del Centro de Salud Mental Nº 1 de la Municipalidad de Bs. As. pudimos detectar las dificultades con que se enfrentan médicos y psicólogos que se inician en la especialidad para entender la hora de juego de un niño. Paralelamente también nos encontramos con que las personas de más experiencia tenían dificultades para transmitir adecuadamente sus conocimientos acerca de cómo se interpreta el material en la hora de juego. Ante una misma sesión diagnóstica personas con cierto entrenamiento llegaban a conclusiones semejantes, pero les era difícil sistematizar los caminos por los que habían llegado a esas conclusiones, precisamente aquello que los profesionales con menos experiencia deseaban aprender. Sobre la base de estas consideraciones nos decidimos a formar un equipo de trabajo para intentar categorizar ciertos elementos de análisis de la hora de juego. Con tal fin estudiamos 15 pacientes entre 6 y 11 años, de los que reunimos el siguiente material:

- 1) Historia clínica tomada a los padres.
- 2) Hora de juego.

La parte clínica del trabajo y el análisis y elaboración del material contaron con la colaboración de la Dra. Isabel Barreiro, las licenciadas Berta de Baza, Marta Bendersky y Celina D. de Schere, y la Dra. Silvia Raskovsky. En una parte del trabajo nos acompañó también la licenciada María Cristina Foscarini. La investigación se realizó como parte de la tarea de investigación del equipo de niños del Centro de Salud Mental Nº 1 de la Municipalidad de Buenos Aires.

3) Desiderativo.

4) H.T.P.

La historia clínica la tomaba, según el modelo usado en el servicio, el psicólogo, quien realizaba después la hora de juego en una sesión y los tests en otra.

Utilizamos en todos los casos el mismo material de juego, que consistía en una caja con los elementos que tradicionalmente se emplean para diagnóstico.

Lo ideal hubiera sido que todos los casos fueran entrevistados por el mismo psicólogo. Esto no fue posible, pero intentamos reducir al máximo la variable personal, estableciendo una consigna común, pautando la conducta a seguir por el entrevistador en el transcurso de la hora de juego, tomando recaudos en cuanto a que su ubicación y la del material en el consultorio fuera la misma, etcétera.

El registro de cada hora de juego se presentaba después en una reunión del equipo de trabajo, en la que el entrevistador decía solamente el sexo y la edad del paciente, pasando a relatar la hora de juego y las sensaciones contratransferenciales que le despertara el material. Toda otra información se posponía hasta la lectura de la historia clínica.

Una vez que se analizaba la hora de juego y se arribaba a una conclusión diagnóstica provisional con respecto al paciente, se presentaban los tests. Comparados ambos materiales leíamos la historia y considerábamos en qué medida se correlacionaban los datos históricos con el diagnóstico estructural.

De los dos tests administrados tomamos especialmente el desiderativo como criterio de validación, porque consideramos que es el test que se acerca más a la *dramatización* de la estructura y el conflicto psicológicos que se alcanza con la hora de juego.

Si bien se exige un mayor grado de simbolización, en el desiderativo también se dramatizan, se "juegan" de un modo más claro que en los otros tests proyectivos tanto los conflictos como las defensas que el niño desarrolla frente a ellos. En este sentido pensamos que este test evalúa los mismos aspectos que se ponen de relieve a través de la hora de juego, mientras que el H.T.P., por ejemplo, mide además otros aspectos (identidad sexual, nivel intelectual, etc.). Por lo tanto, tomamos el material del H.T.P. como complemento del material dado por la hora de juego y por

el desiderativo, y comparamos *entre sí*, en cambio, lo que ponían en evidencia los dos últimos.

En este sentido, hallamos un dato interesante (que después desarrollaremos): al parecer se dan secuencias semejantes en la hora de juego y en el desiderativo. En aquellas "neurosis" en las que la ansiedad no invade al niño inhibiendo sus posibilidades de dramatización, siguen este orden:

- 1) defensas más habituales;
- 2) conflictos actuales más importantes;
- 3) defensas frente a ellos, o bien grado en que dichos conflictos invaden al yo.

En la mayoría de los casos, las conclusiones de la hora de juego coincidían ampliamente con las del desiderativo y eran completadas por el H.T.P. y comprendidas evolutivamente sobre la base de los datos de la historia clínica.

En muchos casos, incluso a partir de la hora de juego, emitíamos hipótesis sobre algunas características posibles del mundo externo y de la historia evolutiva del paciente, que luego eran corroboradas por la lectura de la historia clínica. Si bien esto no implica ningún descubrimiento, fue de mucha utilidad para nosotros en cuanto a confiar en nuestra capacidad de comprensión y en la precisión de la hora de juego como instrumento diagnóstico.

Adoptar, para el estudio del material, un orden inverso al que comúnmente se sigue en el diagnóstico psicológico infantil fue para nosotros un importante ejercicio clínico. Nos permitió comprobar que:

1) Un análisis detallado de la hora de juego, aun prescindiendo de otro material, o a ciegas, permite:

a) Una conceptualización del principal conflicto *actual* del paciente.

b) Poner en evidencia sus principales técnicas de defensa frente a la ansiedad y el monto de la misma.

c) Evaluar el tipo de *rapport* que puede establecer el niño con un posible futuro terapeuta y el tipo de ansiedades que contratransferencialmente puede despertar en él.

d) Poner de manifiesto la fantasía de enfermedad y de curación del paciente y, concomitantemente, la fantasía sobre el tratamiento mismo.

2) Los *tests psicológicos*, en especial los gráficos, aportan material con respecto a:

a) El grado de estructuración yoica que, aunque se pone de manifiesto a través de la hora de juego, creemos que aparece más sistematizadamente en los tests.

b) Indicadores del *pronóstico* del paciente, en la medida en que se jerarquizan áreas de conflicto y áreas preservadas, lo que posibilita establecer una estrategia terapéutica.

3) Los datos de la *historia clínica* permiten:

a) Evaluar también el grado de compromiso yoico en el conflicto.

b) El pronóstico de la terapia, en cuanto a la actitud de los padres frente al tratamiento.

c) La medida en que la enfermedad del niño es expresión de conflictos familiares y su posible redistribución en función de la terapia, así como el grado en que estos cambios se podrán tolerar.

Criterios de análisis de la hora de juego

Cuando comenzamos el trabajo, nuestra orientación respecto de la interpretación del material era, con mayor o menor cantidad de errores, con mayor o menor riqueza, la que habitualmente se emplea en el psicoanálisis de niños, tal como se ha venido desarrollando en nuestro medio, sobre la base fundamentalmente del marco teórico-técnico dado por M. Klein y A. Aberastury.

A pesar de que nadie podría poner en duda la profundidad que estos aportes proporcionan en la comprensión de la dinámica psicológica infantil, nos encontramos con que muchas veces caíamos en el error de poner de manifiesto los conflictos latentes del niño, sus ansiedades y defensas, de un modo que hacía difícil detectar el grado de enfermedad, los puntos de urgencia y los déficit específicos de cada paciente. Curiosamente nuestros niños resultaban muy parecidos, según nuestros informes.

Por otra parte, esto es en esencia verdadero si recordamos que las situaciones básicas de ansiedad, la conflictiva edípica y los mecanismos de defensa constituyen los elementos universales de la configuración salud-enfermedad.

Puesto que coincidíamos, por lo general, en nuestra apreciación de la dinámica psicológica profunda del niño y operábamos

sobre una base de conocimientos común, quisimos intentar otro enfoque de la hora de juego que, sin apartarnos de nuestra forma de comprensión habitual, nos permitiera categorizarla de modo de tener una visión global y diferente de cada paciente y hacer posible su comparación con los demás.

Para esto decidimos retroceder a una perspectiva fenomenológica, rescatando además los elementos del sentido común que muchas veces se pierden en el análisis segmentario de significados.

Pensamos así que podíamos entender la hora de juego como una historia argumental del niño fabricada en respuesta a una situación de estímulo (en parte estructurada y en parte no), evaluando entonces el modo como se incluye en dicha situación.

Si bien esto puede parecer perogrullesco, nos permitió tomar en consideración aspectos que muchas veces olvidábamos, enfrascados como estábamos en inferir los contenidos inconscientes a través del uso del material de juego. Incluimos así indicadores que llamamos "formales", en oposición a los indicadores "de contenido". Algunos de estos indicadores eran: la forma de aproximarse a los juguetes, la actitud al comienzo y al final de la hora de juego, la ubicación en el consultorio, la actitud corporal, el manejo del espacio (desplazamientos del niño y de los juguetes), etcétera.

Estos datos nos ofrecieron una imagen del niño que completaba la interpretación del juego en sí. Sin embargo, no dejaban de ser un complemento a la línea central de interpretación, que seguía siendo el análisis de las fantasías inconscientes, a partir del juego.

Nos dimos cuenta entonces de que, si bien las fantasías inconscientes últimas son universales, estábamos tomando también los juguetes como significantes universales, vale decir que dábamos por supuesto que los niños ponían en juego mecanismos de identificación proyectiva tomando como sustrato de la proyección objetos que para nosotros debían constituir una base adecuada sobre la cual proyectar determinada imago y no otra. Por ejemplo: vaca igual a figura materna, león igual a figura paterna agresiva, muñeco igual a nene. En ocasiones, era tal el condicionamiento que, al registrar una hora de juego, los personajes ya eran vertidos en el código del entrevistador; y así poner nene al lado de la madre era la expresión usada para denotar que el niño había puesto el muñeco al lado de la vaca.

Aquí, el sentido común nos llamó a la reflexión en cuanto a los significados distintos que podía tener la situación misma de la hora de juego (para un niño de villa miseria era quizá un "ofrecimiento" de juguetes, a los que luego, por supuesto, les atribuía un contenido latente).

Nuestro próximo paso fue pensar que una variante frente al análisis de lo que el niño hace era pensar en lo que deja de hacer. Tal la posición estructuralista, que afirma que un elemento de un sistema adquiere significado en función de los restantes elementos que componen ese sistema, por aquello de que "las relaciones definen los términos"²; y más aún, según Laplanche y Leclaire, "si el significante remite al significado no es sino por la mediación del conjunto del sistema significante. No hay significante alguno que no remita a la ausencia de los otros y que no se defina por su posición en el sistema".³

Siguiendo con este modelo, intentamos analizar la hora de juego desde un punto de vista semiológico, o sea, atendiendo a las formas significantes antes que a la semántica, en cuanto al estudio de los significados (en este caso fantasías inconscientes).

En el análisis de la relación significante (juguetes) — significado (fantasía inconsciente), se ha cometido el error de atribuir a los significantes el mismo carácter que a los signos de la lengua. De Saussure diferencia lengua y habla, siendo la lengua el aspecto social del lenguaje, resultado de convenciones compartidas, que hacen de ella un código. El habla, en cambio, es la función personal del lenguaje, por la que cada sujeto selecciona su propio modo de expresarse, combinando palabras y frases del sistema lingüístico, que ofrece distintas alternativas para expresar un mismo significado.

Ahora bien, ¿puede pensarse que en el lenguaje del juego, así como en el del sueño, hay lengua? Evidentemente hay habla, en la medida en que se transmiten mensajes; pero el código de señales no deriva de convenciones sino de un mundo interno nutrido de significados universales (en tanto asumimos que las pro-

² Fagés, J. B.: *Para comprender el estructuralismo*, Galerna, Bs. As., 1967, p. 12.

³ Laplanche, J. y Leclaire, S.: "El inconsciente: un estudio psicoanalítico", en *El inconsciente freudiano y el psicoanálisis francés contemporáneo*, Nueva Visión, Bs. As., p. 53.

tofantías tienen un sustrato biológico); por eso, atribuir a un acto en el juego el mismo valor significativo que a la palabra hablada puede llevar a un reduccionismo que atente contra la riqueza de la comprensión y sobreimponga un código a un mensaje que no se ha emitido en ese mismo código. Un ejemplo burdo: ¿puede atribuirse a dos autitos que el niño hace chocar durante el juego el mismo valor como significativo que a la expresión “mamá y papá tienen relaciones sexuales”?

El juego sería un lenguaje sin lengua en el que cada dramatización puede remitir a varios significados, pero los elementos de este lenguaje en sí no remiten a significados. El león no será necesariamente padre malo, *denotará* en primer lugar otro significado (por ejemplo: puedo tomar este animal de juguete y simbolizar con él un aspecto de lo que me pasa), o más brevemente: puede simbolizar, a la vez que puede *connotar*, sí, el arquetipo padre malo u otro.

Nuestra impresión es que muchas veces se pasa por alto lo denotado, analizándose exclusivamente lo connotado, que se toma como aquello a lo que remite de un modo fijo el significante. Esto implica una actitud de “traducción simultánea”, en la que determinados momentos adquieren especial importancia por su simbolismo.

Pero existe otro modelo de análisis, al que Laplanche y Leclaire llaman “actitud de atención libremente flotante”, que “no privilegia a ningún contenido, privilegia a todos, y considera el *conjunto* del discurso como un texto susceptible de ser traducido al lenguaje inconsciente”.⁴

Por otra parte, el juego es un lenguaje en el que, como dice Fagés, “las imágenes están pegadas a su significado”, y “para encontrar los poderes de significación e interpretación . . . deben desarrollarse a nivel del ‘discurso’ lo que les falta a nivel de las estructuras elementales”.⁵

En la hora de juego el “discurso” está dado por la *secuencia* del juego, que fue precisamente lo que intentamos abordar segmentando en unidades la conducta del niño durante la sesión.

Categorizamos como unidad de juego toda conducta del niño que permita aparecer la significación, desde un gesto hasta un

⁴ *Idem*, p. 22.

⁵ Fagés: *op. cit.*, p. 121

acto complejo en el que se usan distintos elementos, pero para emitir un mensaje único, por ejemplo construir una casa.

La importancia del análisis de las secuencias aparece señalada, si bien en otro contexto, en la obra de Lacan, para quien la unidad de significación adquiere sentido en relación con la cadena de significantes: "Los significantes deben considerarse como si estuvieran articulados." "Existe una coherencia teórica del conjunto como conjunto y también la articulación es significativa." ⁶

El significativo de la articulación entre las que llamamos unidades de juego es el tipo de actividad que es suscitada por la actividad anterior. Así, por ejemplo, el hecho de que después de haber roto un muñeco el niño ordene el material de juego, expresaría que la primera actividad evocó una ansiedad que se tradujo en la actividad de ordenar, como defensa frente a ella. Por lo tanto, pensamos que los elementos categorizables en la hora de juego, según esta perspectiva, son fundamentalmente:

1) conductas que revelan un "argumento" psicológico, es decir, que dramatizan fantasías,

2) conductas que ponen de manifiesto mecanismos defensivos frente a la ansiedad provocada por la emergencia de fantasías.

Usamos el término fantasía en su sentido más amplio, como aquello que el niño expresa mediante el juego, cosa que ocurre toda vez que lo que el niño hace evoca en el entrevistador una representación mental correspondiente a un contenido inconsciente. Por ejemplo, si el niño juega a dar de comer a los animales, evoca en el psicólogo la situación básica de alimentación en la pareja madre-niño. Si en cambio toma los juguetes y enseguida los deja, sin armar ningún juego con ellos, está indicando que sufre una inhibición de su fantasía, una defensa frente a la ansiedad que le evoca aquello que reprime.

En consecuencia, lo que tomamos como significados a los que remitimos los significantes no son contenidos inconscientes, sino lo que el niño *hace con ellos*.

A este respecto pueden presentarse las siguientes posibilidades:

1) los muestra dramatizándolos a través del juego

⁶ Palmier, J. M.: *J. Lacan, lo simbólico y lo imaginario*, Proteo, Bs. As., 1971, p. 53.

- 2) muestra mecanismos defensivos frente a esos contenidos inconscientes, del tipo de:
 - a) inhibición: paralización de la actividad
 - b) control: ordena, toca los juguetes u otros objetos
 - c) conversión: se muerde los labios, se retuerce las manos, etcétera.

Registramos, pues, para cada niño las secuencias de fantasías y defensas, tal como han sido caracterizadas.

Tomamos en cuenta también como indicadores:

- 1) el número total de unidades de juego
- 2) el ritmo de las secuencias
- 3) el número de lo que llamamos subsistemas dentro del sistema total de la hora de juego, secuencias en las que mantiene un mismo sentido (por ejemplo, amasar plastilina y hacer con ella objetos relacionados entre sí sería un subsistema separado de otro en el que el niño construye una torre con cubos)
- 4) el grado en que la ansiedad desborda las medidas defensivas y se manifiesta abiertamente (por ejemplo: crisis de llanto)
- 5) la perseveración en las unidades de juego
- 6) el momento de aparición, en el transcurso de la sesión, de lo que llamamos el "clímax", es decir el mensaje que aparece como privilegiado en el contexto del discurso, por su mayor dramaticidad (por ejemplo, un animal es arrollado por un auto)
- 7) la posibilidad del niño de manejarse con los dos tipos de elementos a su disposición, que llamamos "figurativos" (los animales, muñecos, etc.) y "no-figurativos" (plastilina, cubos, material de dibujo). Registramos también qué tipo de elemento usa primero
- 8) la cantidad del material a su disposición que emplea el niño (lo usa todo, sólo una parte, un solo objeto)
- 9) la cantidad de elementos que utiliza en cada unidad de juego.

Pasaremos ahora a enunciar ciertas proposiciones generales a las que arribamos a través del análisis de los 15 casos, estudiados sobre la base de la consideración de los indicadores expuestos más arriba. Queremos señalar que no consideramos excluyente este trabajo con respecto a la interpretación habitual de la hora de juego, sino que puede constituir otra vía de acceso al diagnóstico psicológico infantil.

Las pautas que encontramos en el análisis comparativo de estos 15 casos no pretenden ser generalizaciones comprobadas, pues para ello hubiéramos necesitado un número de casos mucho mayor; son hipótesis de trabajo en la interpretación de la hora de juego diagnóstica.

1) El número total promedio de unidades de juego oscila entre 10 y 15, para una sesión de 30 minutos.

El número total de unidades parece estar asociado a nivel mental, edad y monto de ansiedad.

2) El clímax al final de la sesión, y sobre todo en la última unidad, indica que la ansiedad amenaza invadir al yo, porque no puede ser bien manejada ni controlada por defensas eficaces. Si el clímax aparece en la mitad de la hora, o después (raramente puede presentarse antes), inferimos que el niño tiene cierta capacidad de elaboración frente a la emergencia de contenidos psíquicos evocadores de ansiedad.

El clímax como manifestación de una fantasía implica la posibilidad de simbolizar a través de ella la ansiedad. Cuando la ansiedad bombardea al yo muy intensamente, éste no puede mediatizar a través de la simbolización, y el clímax es expresión de la ansiedad misma (llanto, por ejemplo).

En una hora de juego puramente defensiva el clímax puede no aparecer, pues es aquello de lo que precisamente se defiende el niño, en una forma al parecer exitosa. No obstante, ello implica un serio grado de empobrecimiento.

3) Las secuencias de unidades manifiestan la modalidad del niño en cuanto a la expresión y el manejo de sus conflictos. En general, aunque con distintos contenidos, o diferentes niveles de juego, hemos encontrado repetición de secuencias. (Por ejemplo, un niño juega con elementos figurativos y luego pasa a usar plastilina o papel y lápiz repitiendo con los últimos elementos el tipo de secuencia dada en el primer nivel de juego; esto nos aclara pautas de su estructura psíquica.)

Secuencias cortas (por ejemplo fantasía seguida de defensa, y luego repetición de esta pauta) son indicadores de alto grado de ansiedad, ya que la defensa surge inmediatamente ante la expresión de la fantasía, para evitar la emergencia de contenidos psíquicos ansiógenos. Secuencias más largas (del tipo de F-F-F-F-F-D, etc.) implican mayor libertad en la simbolización del contenido inconsciente, menor necesidad de represión.

4) La repetición de las unidades de juego en cuanto al contenido de la fantasía puede indicar un intento de elaboración de un hecho traumático. Hemos observado que un elemento traumático real en la historia del paciente se expresa por la emergencia precoz de la fantasía en la hora de juego y su repetición perseverativa.

5) La cantidad de subsistemas es un indicador de la capacidad de simbolización del niño. En todos los casos interpretamos la posibilidad de pasar de un subsistema a otro como de buen pronóstico, en la medida en que implica menor estereotipia y mayor capacidad de sublimación. Pensamos lo mismo con respecto al cambio en el empleo de material: pasaje del figurativo al no figurativo (secuencia muy común), en la medida en que se trata de un material que requiere mayor capacidad de abstracción. Específicamente, sería un factor a tener en cuenta para la indicación de psicoterapia breve.

6) La cantidad de material a su disposición que usa el niño manifiesta también el grado de apertura que puede permitirse con respecto a sus conflictos. En general existe un paralelo entre el número de fantasías que puede expresar el niño y la cantidad del material que usa, que es también un índice del monto de resistencias que puede desarrollar en la terapia. El empleo de un solo objeto del material alude a una necesidad de autodelimitación, probablemente como defensa frente a una ansiedad de tipo confusional.

7) Una hora de juego compuesta sólo de unidades defensivas indica que estamos en presencia de una caracteropatía o de un niño con características *borderline*, que se defiende de una invasora ansiedad psicótica. La diferencia entre estos dos cuadros tan disímiles puede darla el clímax (apagado o no existente en el carácterópata, intenso como última unidad en el *borderline*).

9) Una hora de juego que sea solamente manifestación de fantasías, según su contenido, puede ser la hora de juego de un psicótico, en el que el inconsciente no reconoce barreras. Otra característica de la hora de juego del psicótico es la aparición de varios clímax, mientras que en el neurótico generalmente aparece uno.

10) Una unidad de juego que se pueda categorizar a la vez como fantasía y como defensa (por ejemplo agrupar los juguetes

con determinado sentido), nos hace pensar en una conducta de tipo obsesivo.

11) Los elementos bizarros, sea a nivel de contenido o a nivel de secuencias (por ejemplo una fantasía que surge de pronto en una larga secuencia de defensas) aparecen frecuentemente en niños con perversiones o en psicópatas, aunque habría que estudiar más esta peculiaridad.

Como es obvio, estas proposiciones constituyen sólo una base para tener en cuenta en el estudio de la hora de juego diagnóstica, y requieren que se las pruebe y amplíe en trabajos posteriores.

Bibliografía

Aberastury, A., *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*, Paidós, Bs. As., 1962.

Aberastury, A., *El juego de construir casas*, Paidós, Bs. As., 1961.

Althusser, L., Baudoux, L., Corvez, M., Green, A., Lagadec, C. y Melli, C., *Estructuralismo y psicoanálisis*, Nueva Visión, Bs. As., 1970.

Erikson, E., "Configuration in Play. Clinical Notes", en *Psychoanal. Quarterly*, VI, 1937, pp. 139-214.

Klein, M., *El psicoanálisis de niños*, Hormé, Bs. As., 1967.

Lacan, J., *Las formaciones del inconsciente*, Nueva Visión, Bs. As., 1970.

Lebovici, S. y Diatkine, R., *Significado y función del juego en el niño*, Proteo, Bs. As., 1969.

Lévi-Strauss, C., *Antropología estructural*, Eudeba, Bs. As., 1968.

Lévi-Strauss, C., Thion, S., Burthes, R., Codelier, M., *Aproximación al estructuralismo*, Galerna, Bs. As., 1967.

Salas, E. y Rabih, M., "Primera hora de tratamiento de un niño: fantasías de enfermedad y curación", en *Rev. de Psicoanálisis*, vol. XXIII, nº 1, 1966.

Saussure, F. de, *Curso de lingüística general*, Losada, Bs. As., 1971.

Racker, G. de, "El cajón de juguetes del niño y el 'cajón' de fantasías del adulto", en *Rev. de Psicoanálisis*, t. XV, nº 1/22, 1958.

Capítulo VIII

Los tests gráficos

Defensas en los tests gráficos

Elsa Grassano

Este trabajo tiene por finalidad facilitar el diagnóstico de las defensas describiendo su modo específico de manifestarse en los distintos instrumentos proyectivos gráficos.

Delimitación del concepto de defensa: El concepto de defensa utilizado en este trabajo es el de la teoría kleiniana; en ella las defensas cobran sentido y significado dentro de una configuración específica de relación objetal; son parte de procesos dinámicos en los que siempre están implicados vínculos con los objetos. Según M. Klein, "hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones de objeto en la realidad y en la fantasía".

Es necesario diferenciar una defensa tal como es vivida internamente por el sujeto, de la idea de una defensa (dominante por ejemplo) producto de un proceso de abstracción del observador acerca de los modos más habituales con que la persona maneja su ansiedad, sus temores o sus deseos en los vínculos con los objetos.

Para la ejemplificación se han usado materiales gráficos de las Baterías de los alumnos de las cátedras de Técnicas Proyectivas I y II de la Facultad de Filosofía y Letras. Agradezco, por los protocolos que me han hecho llegar, a las licenciadas María L. S. de Ocampo, María E. García Arzeno, Adela B. Bernztein, Susana Mascheroni, Silvia Bozzo, C. Martínez Carthy, Elva Garat, María F. de Rubarth y Guisý Arato.

En tanto parte de procesos dinámicos, las defensas son vivenciadas como fantasías inconscientes acerca de aspectos del yo y/o del objeto enfatizados, peyorativizados, controlados, divididos, no vistos, etc., cuyo objetivo es disminuir la ansiedad existente en los vínculos objetales y preservar el equilibrio. Estas fantasías se traducen en modos específicos de conducirse frente a los objetos internos y externos creyendo así satisfacer las necesidades y evitar los peligros fantaseados. Por ejemplo, una fantasía dominante tal como: "Mi agresión puede desorganizar y destruir definitivamente al objeto, es necesario mantenerla a raya", hará que el sujeto tienda a percibir sólo lo bueno del objeto para evitar la agresión y a enfatizar sólo el amor hacia él, traducándose esto en conductas exteriores de reconocimiento, buen trato, amabilidad generalizada, etc. Por otra parte esta necesidad interna traerá aparejada la pérdida de la espontaneidad y libertad para sentir (sentir libremente expondría a sentir rabia).

Estas conductas resultantes de la fantasía enunciada podrán ser conceptualizadas por un observador como "formación reactiva".

El uso de una defensa responde a (un espectro de fantasías referidas al vínculo objetal) fantasías acerca del estado del yo (fuerte, roto, constructivo), de su grado de bondad o maldad; fantasías complementarias acerca del estado del objeto (dañado, roto, entero, frágil), de su bondad o maldad; fantasías referidas al vínculo posible (actitud bondadosa o persecutoria del objeto hacia el yo), fantasías referidas al tipo de respuesta temida, y referidas a cómo controlar, neutralizar, arreglar, preservar al yo y al objeto para evitar la reiteración del vínculo temido.

Las defensas constituyen la "mejor solución" lograda por el sujeto en las relaciones con sus objetos, están enraizadas en la personalidad y presentes en toda forma de percibir y conectarse (tanto en la realidad interna como con la externa).

La constelación de conductas defensivas utilizadas por un sujeto se asientan en su serie complementaria personal. Durante la evolución, (determinadas fantasías se privilegian y estabilizan como modos comunes de manejar el vínculo con los objetos. A estos modos estables de preservar el equilibrio de los vínculos con los objetos, apoyados en fantasías) y expresados en la conducta manifiesta por modos de percibir y valorizar algunos aspectos de la realidad y del yo y neutralizar otros para evitar el sufrimiento psíquico los denominamos mecanismos de defensa.

Una vez estructuradas las conductas defensivas, éstas también son experimentadas por el sujeto como fantasías inconscientes acerca de los beneficios, las limitaciones o modificaciones internas resultantes de ellas. H. Segal ejemplifica la vivencia del mecanismo de represión como "dique interno que podría estallar bajo la presión de algo similar a un torrente"; la inhibición da lugar a vivencias de empobrecimiento interno, el aislamiento a vivencias de anestesia afectiva, etcétera.

Relación y diferenciación entre fantasías inconscientes y mecanismos de defensa

La fantasía inconsciente, tal como la define M. Klein, y siguiendo una cita de H. Segal, es "la expresión mental de los instintos; por consiguiente, existe desde el comienzo de la vida. Por definición, los instintos son buscadores de objetos. En el aparato mental se experimenta al instinto vinculado con un objeto adecuado para su satisfacción. De este modo para cada impulso instintivo hay una fantasía correspondiente".

"Crear fantasías es una función del yo. La fantasía no es sólo una fuga de la realidad: es una concomitante inevitable de las experiencias reales en constante interacción con ellas. Al considerar la utilización de la fantasía inconsciente como defensa nos preguntamos cómo es exactamente su relación con los mecanismos de defensa. En pocas palabras la distinción reside en la diferencia entre el proceso real y su representación mental detallada específica."

Cuando H. Segal dice que la diferencia entre fantasía inconsciente y mecanismo de defensa es aquella que hay entre (un proceso real) y (su representación mental) entendemos que se refiere a la diferencia entre lo que el sujeto fantasea que debe hacer para evitar el sufrimiento y la concretización de esta fantasía en una determinada conducta interna y externa, detectable para el observador. Un sujeto que utiliza el mecanismo de negación maníaca, "no conoce" los aspectos destruidos del objeto ni la propia agresión y culpa, hay una concreta limitación de su yo en el aspecto perceptual. La fantasía inconsciente subyacente se refiere al por qué y al para qué necesita no conocer. Si tradujéramos esta fantasía inconsciente al lenguaje verbal obtendríamos una verbalización

zación del tipo: "Si veo cómo he destruido a mis objetos y cuánto los necesito caeré en desesperación y soledad. Necesito no verlo. Si no lo veo, no están destruidos".

Mecanismo de defensa y tarea psicodiagnóstica

Diagnosticar las defensas no es sólo rotularlas: es también comprender el proceso dinámico vincular del que forma parte.

Lograr una comprensión dinámica de los procesos defensivos supone comprender las fantasías subyacentes, el por qué, el para qué de las defensas, su monto, su calidad, su grado de rigidez o variabilidad y su efectividad. Describiremos ahora estos distintos aspectos:

- 1) Cuál es la modalidad defensiva, manifiesta y latente.
- 2) Por qué el yo ha optado por ella.
- 3) Para qué ha optado por ella.
- 4) A qué nivel evolutivo corresponde la modalidad defensiva.
- 5) Qué características tiene esa configuración defensiva (plasticidad, rigidez, etc.).

1) Un momento de la tarea psicodiagnóstica es el conocimiento de la gama de conductas defensivas utilizadas por el entrevistado. Toda persona desarrolla un espectro de procesos defensivos, algunos de los cuales son usados con mayor frecuencia, tienen en forma más intensa su modo de vincularse con la realidad interna y externa, y son los más adaptados para lograr el equilibrio. Estos son los que se privilegian en el contacto manifiesto con la persona examinada.

Pero además subyacen procesos defensivos que se movilizan en situaciones vitales distintas, de mayor stress emocional, en situaciones de regresión o de progresión. Por ejemplo: el uso dominante de mecanismos de formación reactiva a los que subyacen mecanismos latentes de disociación; mecanismos de aislamiento extremo que funcionan como control de identificaciones proyectivas tales que expondrían al yo a procesos desorganizativos o, por el contrario, uso de mecanismos de I.P. e índices de defensas latentes más logradas (represión, por ejemplo), fracasadas por el enfrentamiento actual con una situación traumática.

2) Como dijimos, una defensa es la puesta en marcha de una serie de fantasías inconscientes con respecto a la forma de

conservar la relación armónica con el objeto y evitar el sufrimiento por fantasías acerca del estado del yo y del objeto. En el "por qué" necesitamos detectar cuáles son esas fantasías y qué factores vinculares de la historia individual y de la situación actual influyeron en la estabilización de esos modos específicos de defensa frente a la ansiedad.

Ante una persona que maneja sus vínculos con conductas que referimos a mecanismos de aislamiento intensos (desafectivizado, carente de emociones, cerrado en sí mismo, etc.) nos preguntamos por qué necesita hacerlo. Su fantasía será: "Si no tomo distancia me invade tanto de afecto que enloquezco", "siento lo que le sucede al objeto como sucediéndome a mí y enloquezco", "puede irrumpir tanta agresión en mí que si no me encierro en mí mismo puedo explotar y hacer explotar".

3) Nos interesa aquí conocer cuáles son los peligros fantaseados que el yo intenta evitar, y qué cree que le sucedería si abandona su modalidad defensiva. En términos generales sabemos que evita el sufrimiento psíquico pero necesitamos conocer cómo fantasea este sufrimiento como locura, muerte del yo y/o del objeto, daño del objeto, abandono, dependencia total del objeto, etcétera.

4) Los procesos defensivos tienen un desarrollo evolutivo. Existen, por lo tanto, defensas primitivas frente a ansiedades también primitivas o psicóticas, y defensas adaptativas o más evolucionadas. En términos generales existe la siguiente secuencia evolutiva: aparición de mecanismos esquizoides (disociación, idealización, negación y control omnipotente del objeto, procesos dominantes de I.P.), seguidos en la evolución normal por mecanismos maniacos y obsesivos correspondientes a la entrada en la etapa depresiva (evolutivamente hablando). La resolución adecuada de esta etapa dará lugar a la emergencia de mecanismos neuróticos tales como la inhibición, el desplazamiento y la represión y a la aparición de mecanismos más avanzados como la sublimación.

Fracasos en la evolución temprana impedirán el establecimiento de mecanismos de disociación claros, los cuales serán reemplazados por el *splitting* y las I.P. excesivas, sentando la base de procesos psicóticos.

- El fracaso en la etapa depresiva (el exceso de envidia expresado como desprecio maniaco) favorecerá nuevas regresiones o impedirá el avance hacia mecanismos más adaptativos. El diagnós-

tico de este aspecto da lugar a la determinación del tipo de organización neurótico o psicótico de la personalidad.

5) Este punto está en relación con el 1) y el 4) y se refiere al nivel evolutivo, monto y calidad de las defensas prevalentes, es decir, a su grado de patología o adaptación. De ello dependerá el grado de limitación que pueda sufrir el yo. Todas las defensas contienen aspectos adaptativos y son indispensables para un ajuste adecuado a la realidad. Son patológicas si están basadas en fantasías intensamente hostiles y envidiosas pues traban la posibilidad de evolucionar hacia una adecuada colaboración de la situación depresiva. Para medir (el grado de patología o adaptación) de la defensa tendremos en cuenta:

a) Grado de elasticidad o estereotipia

Cuanto más rígida y estereotipada es una defensa, mayor es su patología: si un sujeto apela a mecanismos de negación frente a toda situación que implica pena, hablaremos de estereotipia y limitación del yo, en tanto no es capaz de percibir las situaciones reales y dolorosas, ni la depresión y persecución interna. Nos referimos en cambio a plasticidad si esta defensa se manifiesta como recurso defensivo frente a una situación de shock, siendo luego modificada y reemplazada por otras,

b) Grado de compromiso de la personalidad

Si la modalidad defensiva tiene todos los vínculos del sujeto con la realidad (por ejemplo, formación reactiva en todos los contactos) es más limitante para el yo que si se circunscribe a determinadas áreas o tipos de vínculos (por ejemplo, formación reactiva frente a figuras con características maternas).

Mecanismo de identificación proyectiva

La identificación proyectiva es el mecanismo por el cual el yo deposita un vínculo (un aspecto del yo ligado a un objeto con una fantasía especial) en un objeto que pasa a tener las características de este vínculo proyectado. El objeto sobre el cual se hace la proyección puede ser un objeto interno, el cual se tiene entonces de las características que el yo, por proyección, le adjudicó (en este caso hablamos de I.P. en objeto interno). Si la I.P. se hace sobre un objeto externo el yo amplía su ámbito geográfico, pues

una parte suya pasa a formar parte del objeto externo en la fantasía. Como consecuencia puede ocurrir tanto que el objeto sea percibido con las características de la parte proyectada del yo, como que el yo llegue a identificarse con el objeto.

— La I.P. es un mecanismo tanto normal como patológico. En condiciones normales favorece la relación empática de comunicación y entendimiento con el objeto, por dos razones: 1) porque a través de la I.P. el sujeto se puede poner en el lugar del otro, y 2) porque puede lograr que el otro se ponga en su lugar. La manera de hablar, los gestos, el tono de la voz producen en el otro resonancias afectivas de enojo, simpatía, acercamiento o rechazo derivados de los aspectos que el objeto deposita en él. La calidad normal del funcionamiento de la I.P. depende no sólo de cómo funcionaron las identificaciones proyectivas del sujeto en las primeras relaciones objetales, sino también de cómo lo hicieron las I.P. de sus primeros objetos (padres) y qué repercusión produjeron en él.

Los índices de patología o adaptación del mecanismo de I.P. están dados por: 1) Factor cuantitativo: predominio de las I.P. con características evacuativas, o utilización de las mismas en el nivel más organizado de los mecanismos obsesivos, que permiten mantener el control de las partes disociadas y proyectadas. 2) Factor cualitativo: La cualidad de la fantasía o parte del yo proyectada (finalidad de la I.P.). Es decir, la naturaleza benigna o maligna de la parte del self y fantasía que se deposita en el objeto (para librarse del aspecto malo, para romper el objeto, para salvar el aspecto bueno, para reparar el objeto, etc.).

A mayor intensidad (monto) y sadismo, mayor grado de patología de la I.P.

A fin de aclarar más el concepto diferenciaremos entre:

- 1) Función dominante en el mecanismo de I.P.
- 2) Modalidad de la I.P.
- 3) Finalidad de la I.P.

1) El mecanismo de I.P., en la medida en que implica poner afuera aspectos del yo, corresponde a una función anal expulsiva. Refiriéndose a esto P. Heimann dice: "Si bien puede haber formas orales de rechazo como pueden ser el escupir o el expeler, los impulsos orales son siempre de tipo receptivo, incorporativos. Por

lo tanto, todo lo que sea disociar, proyectar y poner afuera de los límites del yo, corresponde a una función anal expulsiva”.

Cuando la depositación de un aspecto propio en un objeto externo se da en un contexto oral incorporativo, tiene como finalidad incorporar el objeto externo al propio yo (en la medida en que borra la diferencia yo-sujeto). La finalidad es incorporativa, pero el mecanismo (depositar) es anal expulsivo.

2) Libériman y Grinberg afirman: “Las identificaciones proyectivas pueden tener contenidos orales, uretrales, genitales, etc., que otorgarán modalidades específicas a las relaciones objetales”. Los contenidos que se evacúan a través de esta función anal expulsiva pueden corresponder a distintos niveles de evolución libidinal: fantasías incorporativas, oral-sádicas, genitales, fálicas, etc. (Se puede proyectar un pecho que traga o que muere, que envenena, etc.) La predominancia de cualquiera de estas fantasías contenidas en la identificación proyectiva condicionará las modalidades esquizoides, melancólicas, fóbicas, etc., de los vínculos con los objetos. “Por ejemplo, a través de la I.P. el yo se proyecta en el objeto para comer, chupar o devorar en el nivel oral, quemar con orina en el uretral, destruir con excrementos o flatos en el anal, etcétera.”

3) La finalidad para la cual se utiliza el mecanismo varía en la I.P. normal y en la patología y de un individuo a otro dentro del mismo grado de patología. En términos generales las finalidades de la I.P. son (siguiendo a H. Segal): 1) Para librarse de partes malas y atacar con ellas al objeto externo. 2) Para librarse de partes malas y proteger de este modo al objeto interno. 3) Para evitar la separación depositando partes buenas. Lograr la unión con el objeto “metiéndose” dentro del objeto. 4) Para mantener a salvo una parte buena. 5) Como modo de reparación primaria del objeto.

Las identificaciones proyectivas actúan con particular violencia en las esquizofrenias y otras psicosis y en la psicopatía.

Por otra parte, a lo largo de la evolución se produce una paulatina modificación de la intensidad y calidad de las I.P.

En los comienzos de la etapa esquizoparanoide, por la débil integración yoica, la identificación proyectiva es distorsionante con respecto al objeto, y las cualidades o partes del yo proyectadas son vividas como pertenecientes al depositario. Su finalidad principal es incorporar al objeto externo: cuando el bebé proyecta

un aspecto suyo (su boca por ejemplo) dentro del pecho de la madre no es solamente para librarse de este aspecto sino para recuperar la unión prenatal, a través de un proceso doble de unión: el pecho de la madre dentro del bebé y el bebé o una parte suya dentro del pecho.

Si se da una adecuada relación continente con la madre disminuye el sadismo, la ansiedad persecutoria y aumenta la capacidad integrativa del yo.

Con la entrada en la situación depresiva surgen mecanismos de control de las proyecciones que permiten la diferenciación entre mundo interno y mundo externo, entre yo y objeto interno, favoreciendo la diferenciación entre los aspectos del yo y del objeto. La I.P. en esta etapa tiene como finalidad lograr la empatía con el objeto, desarrollar las funciones de comunicación y conocimiento del otro, intentando la reparación del objeto. La I.P. adquiere ahora un valor fundamental en el proceso de simbolización.

Durante la evolución, la I.P. funciona con particular violencia en el estadio del desarrollo que P. Heimann denomina perverso-polimorfo. En este momento el bebé experimenta en forma incoordinada excitaciones de todas las zonas del cuerpo y desea vehementemente su satisfacción inmediata. Las fantasías provenientes de la excitación de distintas zonas corporales crean confusión, la cual, sumada a un incremento de sadismo, intensifica las I.P. Este período está ubicado entre el oral y el anal expulsivo: "La tendencia anal expulsiva como reacción defensiva alivia al yo de la confusión al permitirle evacuar los objetos perseguidores internalizados, los conflictos y tensiones equiparados con excrementos".

Las I.P. patológicas, por el monto de sadismo y por sus contenidos, corresponden a fijaciones o regresiones a etapas tempranas cuyo desarrollo tuvo ya características patológicas. En las I.P. que M. Klein describe como típicas de la posición esquizo-paranoide las partes proyectadas no sufren mayores alteraciones y siguen ciertas líneas demarcatorias. Pero cuando el exceso de sadismo, de envidia, las fallas de la función continente del objeto externo, alteran la evolución, la tensión se vuelve abrumadora para el bebé y la I.P. adquiere características masivas y muy violentas, siendo su consecuencia la desintegración del objeto (splitting) y del yo.

Bion describe una forma de I.P. propia de cuadros patológicos, en los que la envidia, la hostilidad y la angustia son particularmente intensas: los aspectos proyectados son disociados y fragmentados proyectándose en el objeto y desintegrándolo en mínimas partes. La realidad externa percibida en forma tan persecutoria genera un violento odio contra ella y también contra la realidad interna. El yo se fragmenta para verse libre de la percepción y a la vez el aparato perceptor es atacado y destruido. Los múltiples fragmentos a los que el objeto queda reducido son llamados "objetos bizarros", los cuales, expulsados violentamente por la I.P. patológica, crean una realidad que se torna cada vez más dolorosa y persecutoria, ante la cual el yo reacciona con vivencias de vacío, despersonalización, etc. Ésta es la I.P. con características psicóticas.

La I.P. propia de la psicopatía es denominada I.P. inductora. La I.P. inductora se caracteriza por ser violenta, excesiva y tener como características básicas por parte del yo "un manejo súbito y brusco tendiente a paralizar y anular la capacidad de discriminación del objeto externo". Busca depositar lo malo (fantasías correspondientes a cualquier nivel libidinal) en el objeto externo pero, a diferencia de la I.P. psicótica, el yo mantiene el control de lo proyectado para evitar la reintroyección y para inducir al objeto a la asunción activa de las características proyectadas. La intensidad y sadismo corresponden a una intensificación del período "perverso polimorfo".

En la I.P. normal el yo mantiene el control de lo depositado en el objeto a los fines de mantener los límites de la identidad y discriminarse del objeto (no ya para evitar su reintroyección).

Splitting e identificación proyectiva excesiva en los gráficos

Los mecanismos de splitting, inevitablemente unidos a mecanismos de I.P. excesivos, tienen como consecuencia desorganización del yo y del objeto y vivencias de vaciamiento y despersonalización.

Esto se pone de manifiesto en los gráficos con las características siguientes:

(1) Fracaso en la organización gestáltica: el objeto gráfico es desorganizado, roto, sucio, con fallas en la organización de la forma. Falta organización, coherencia y movimiento armónico.

2) El ataque a las funciones adaptativas y de ajuste a la realidad se expresa en las características anteriores y en las siguientes alteraciones "lógicas": ubicación espacial — noción de perspectiva — noción de adelante y atrás, frente y perfil — noción de tamaño adecuado — noción de interrelación entre las partes del objeto entre sí (por ejemplo en adecuada conexión de partes del cuerpo) — noción de perspectiva, volumen, etcétera.

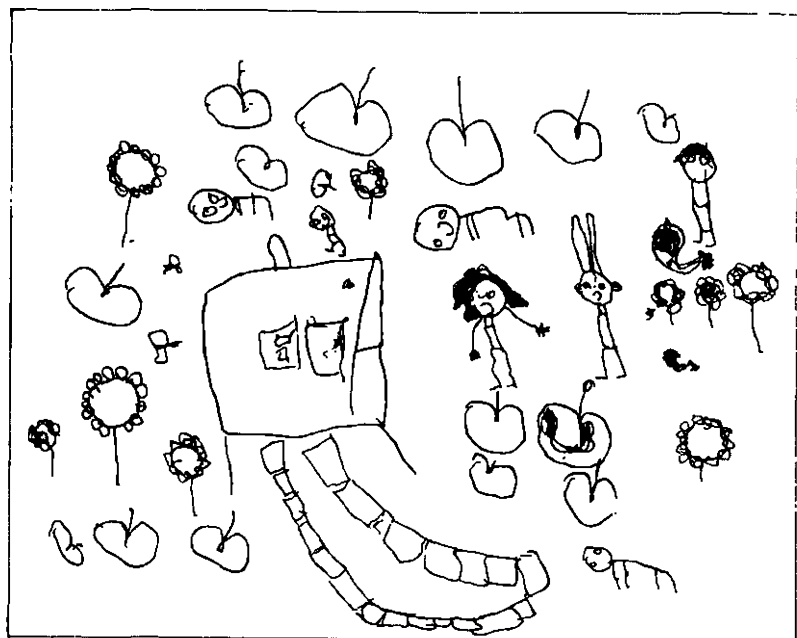
3) La hoja en blanco, representante del mundo externo, es "tratada" como depositaria de objetos rotos en pequeños trozos, confusos y persecutorios (expresión de las procesos evacuativos). Resultan, por ejemplo en los dibujos libres, producciones gráficas en las que la hoja está ocupada por objetos diversos sin conexión entre sí, sucios y rotos, o por el contrario objetos aislados, objetos materiales vacíos de contenido.

4) No hay una buena delimitación mundo interno-mundo externo; los límites del dibujo son vagos, débiles, con zonas abiertas, expresión de la indiscriminación o, por el contrario, excesivamente rígidos y exacerbados, cuando predominan mecanismos de control obsesivos de la desorganización.

5) Las figuras humanas, la casa o el árbol aparecen (rotas) frías sin relación entre sus partes.

Figura humana: Aspecto deshumanizado, vacío, inexpressivo, despersonalizado, o siniestro, persecutorio. Características grotescas, graves alteraciones en la relación de partes entre sí, ubicación de frente y perfil, etc. Alteraciones de límite, tamaño exagerado, proyección de rasgos "extraños".

La casa y el árbol presentan igual grado de alteraciones en cuanto a su aspecto y organización (roto, derruido, caído, sucio) y fallas en las interrelación de partes. Proyección de objetos parciales que dan características bizarras a la producción. Son características la "casa-techo" y "casa-fachada", los árboles caídos, muertos, árboles con animales destructivos, etcétera. (Ejemplos: *Casos nº 1 a 3.*)



a) Dibujo libre

Casos nº 1 y 2: Niña de 5 años y 5 meses y varón de 10 años. Desde el punto de vista formal podemos describir las siguientes características correspondientes a la I.P. excesiva:

1) Necesidad de llenar indiscriminadamente la hoja que evidencia no tanto la necesidad de comunicar fantasías, sino de evacuar objetos internos, rotos y muertos que producen confusión. Intensificación de mecanismos anal-expulsivos.

2) Falta de organización gestáltica: el dibujo total no está integrado bajo una idea directriz sino que son diferentes categorías de objetos y partes de objetos mezclados. Se evidencia falta de orden y coherencia en la producción total.



b) Test de la pareja

E: Ahora quiero que les pongas nombres.

M: Una tía y una mamá.

E: ¿Y cuáles son sus nombres?

M: Una tía y una mamá.

E: ¿Cuántos años tienen?

M (*piensa un rato*): Muchos años...

E: Ahora quiero que inventes un cuento sobre ellas.

M: No sé, yo... (*Mueve el lápiz, juega con él.*)

E: Pensá un poquito más.

M: No sé ningún cuentito, yo no sé, no sé... no sé...

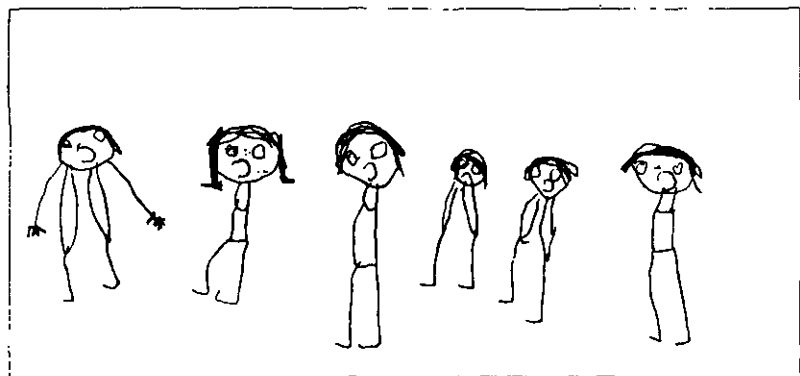
E: ¿Podrías ponerle título?

M: No, yo no sé... no sé... no sé.

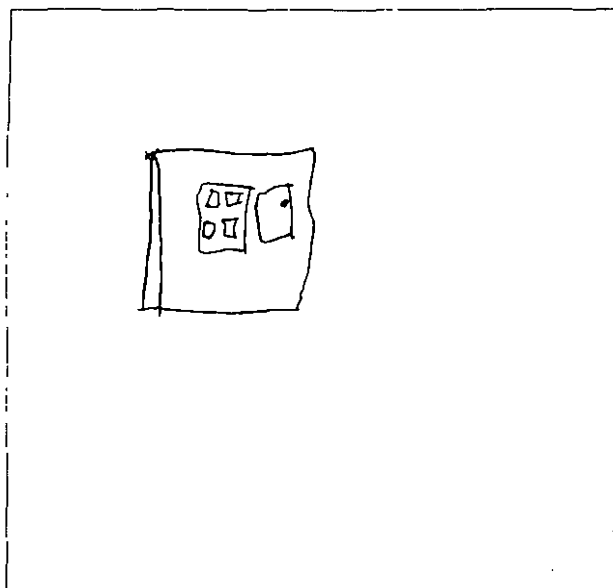
•

En cuanto a los contenidos proyectados son figuras rotas, disgregadas, en las que predominan especialmente aspectos muertos y fetales (caso nº 1) o detalles no centrales o esenciales de los objetos (caso nº 2).

La pareja del caso nº 1 muestra las consecuencias del exceso de I.P. a través de sus características de vaciamiento y parálisis. Los rasgos anal-expulsivos aparecen en el sombreado y ensuciado del cabello. La cabeza presenta elementos "raros", tipo "cuernos", como expresión de la dificultad de contener pensamientos, sentimientos, afectos, y que corresponden a características bizarras de la producción. Las bocas abiertas y rotas muestran la difi-



c) Test de la familia

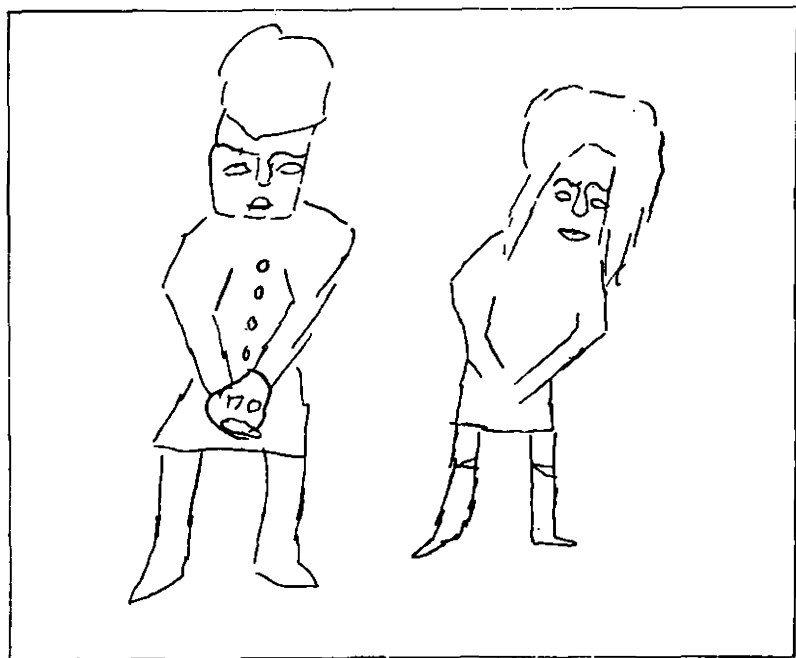


d) H.T.P.

Caso nº 2: Edad, 10 años; sexo, masculino



a) Dibujo libre



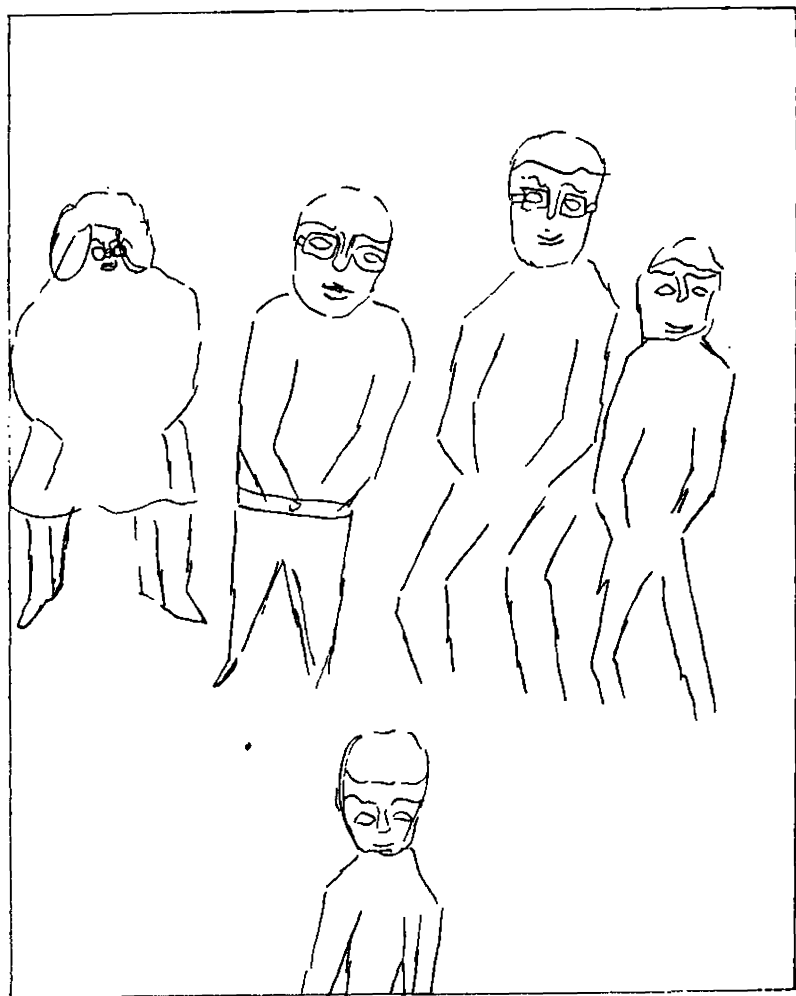
b) Test de la pareja

cultad de introyecciones adecuadas y la vivencia de que tal introyección sería dañina y peligrosa.

La dificultad de simbolización concomitante al proceso de I.P. excesiva aparece en la imposibilidad de dar un nombre a los objetos (una mamá, una tía), y en la imposibilidad de construir una historia (bloqueo e inhibición por el vaciamiento proyectivo).

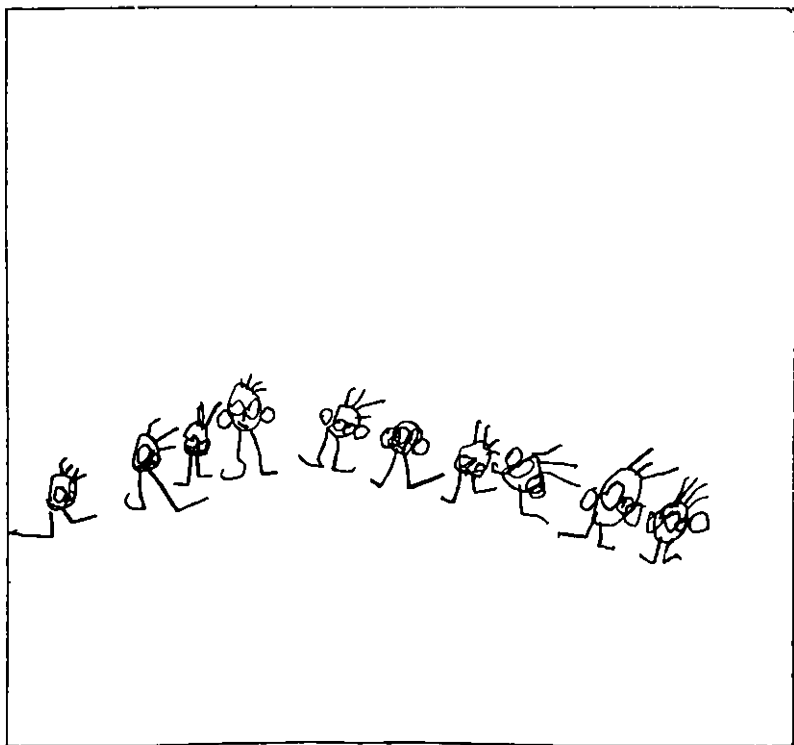
~ Pareja y familia del caso nº 2: El aspecto amenazante, siniestro, y las características simiescas de los cuerpos, las alteraciones de límites y desorganización de la *Gestalt* corporal hacen pensar en características psicóticas.

Los mecanismos de I.P. excesiva se evidencian en las alteraciones anteriores y en la falta de cuello, en el vacío de la parte central de la figura, en las cabezas y en las extrañas aberturas en la parte central inferior, expresión de la imposibilidad de contener, con el consecuente predominio de mecanismos evacuativos.

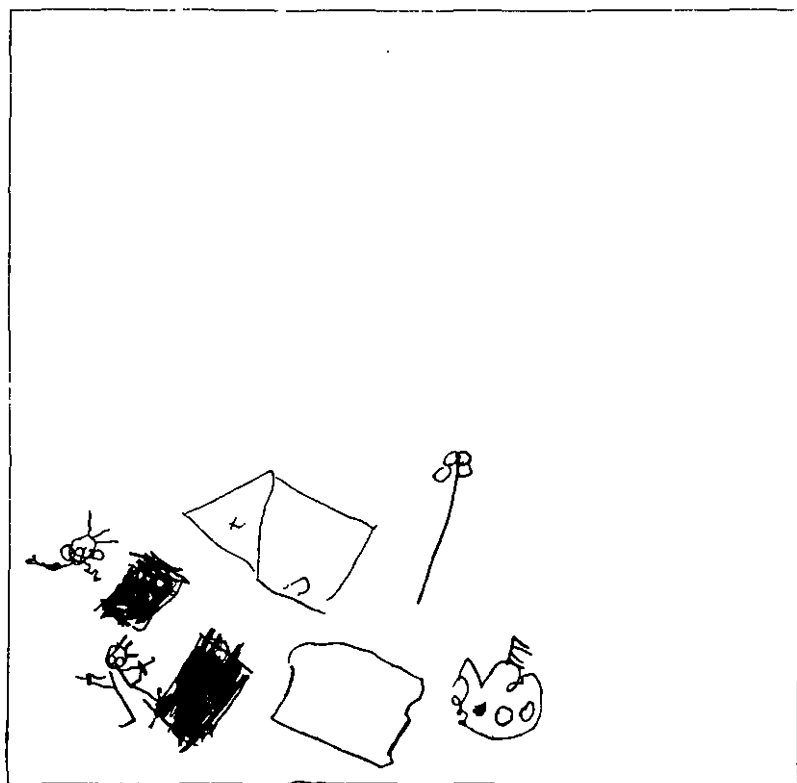


c) *Test de la familia*

Caso nº 3: Edad, 5 años y 5 meses; sexo, femenino

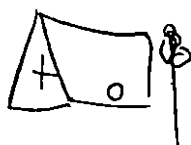


c) Test de la familia



d) H.T.P.

Caso nº 3: Niña de 5 años y 5 meses. Se observan las mismas características de los casos anteriores. Llama la atención aquí la construcción de objetos extraños, hombres-fetos-bichos. La perseveración muestra cómo el exceso de I.P. sobre el objeto anula la capacidad de discriminación y de diferenciación tanto del yo con el objeto, como de los objetos entre sí.



e) H.T.P.

Identificación proyectiva con características inductoras en los gráficos

La I.P. con características inductoras puede manifestarse directamente en la producción gráfica o en la verbalización correspondiente.

Las características generales son:

1) Gráficos generalmente grandes, expresión de la necesidad de difundir la imagen corporal, el cuerpo, en el continente objeto externo. El énfasis en el gráfico está puesto en la musculatura de brazos y piernas y en el tórax. Esto se debe a la exacerbación de los mecanismos de acción y a la necesidad de instrumentalizar el aparato motor como medio expulsivo-expansivo de control del objeto.

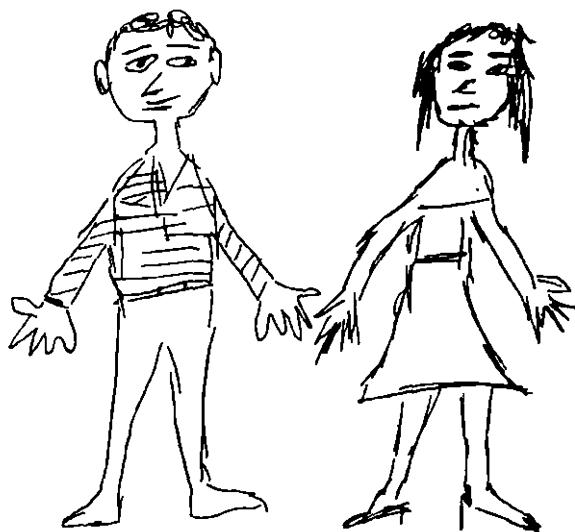
2) [El aspecto de las figuras humanas] puede tener distintas características, según las fantasías y vínculos intolerables específicos que el paciente necesita proyectar (punto de fijación secundaria): aspecto desafiante muscularmente (si lo necesitado es evacuar situaciones de pánico), o exhibicionista perverso (si el horror es a situaciones incestuosas perversas). Puede ser una caricatura si la intención es depositar vivencias de ridículo, burla y extrañeza frente al propio cuerpo o al cuerpo del sexo opuesto. Son entonces rasgos esenciales el énfasis en el cuerpo, las características impulsivas del trazo, el tamaño grande y la conservación de la *Gestalt* a través de la musculatura (noción de identidad mantenida a través del límite muscular y de la acción).

3) Si la I.P. inductora es defensiva de situaciones psicóticas, el gráfico tiene las características psicóticas descritas anteriormente. Pueden darse casos en los que solamente haya algunas producciones bizarras (caso nº 6). A diferencia de la producción psicótica predomina la necesidad de impactar-depositar al observador (psicólogo) defendiéndose de la desintegración de la propia producción gráfica.

[Los dibujos de la casa y del árbol] por mostrar aspectos más latentes de la personalidad, adquieren distintas formas. Cuando dominan aspectos inductores, las características son: exceso de tamaño, ramas con muchas nudosidades y movimiento extendidas hacia afuera (expresión de la necesidad de proyección en el mundo externo y omnipotencia); mala conexión del tronco con las ramas;

ramas en punta, agresivas en su terminación. Véase caso nº 20, hombre de 26 años.

[*Casa*: Características ampulosas, omnipotentes, tendencia a impactar y "no mostrar" (casas cerradas o casas fachadas). Véase caso nº 20. (Ejemplos: *Casos nº 4 a 9.*)



b) Test de la pareja

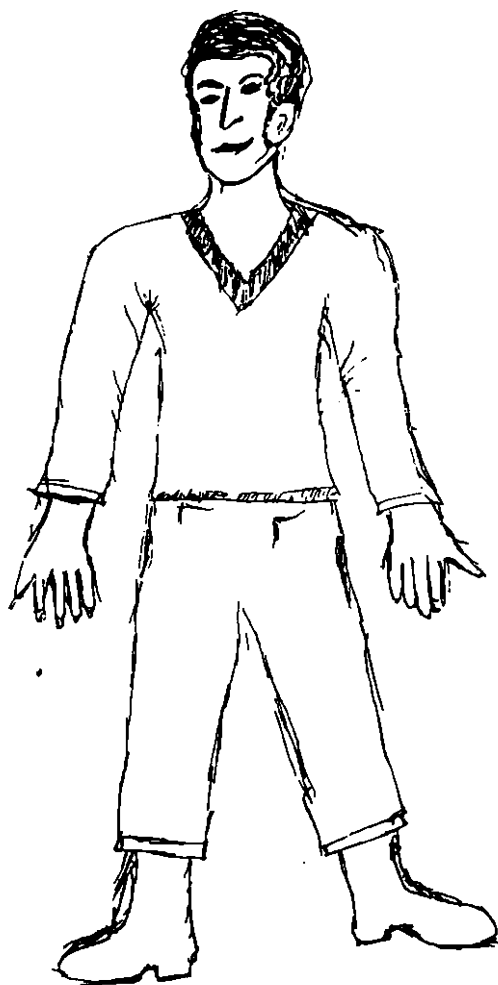
Caso nº 4: Hombre de 29 años. La producción verbal del entrevistado evidencia la exacerbación de mecanismos de I.P. inductora, mientras que los gráficos muestran características latentes de desorganización. En el test de la pareja mantiene aún la *Gestalt*,



d) H.T.P.

aunque aparece ya la expresión de asombro y pánico, como índice de temor a la desorganización. En el H.T.P. muestra la disgregación, la claudicación del yo, a través de objetos vagos, sin límites, derruidos, indiferenciados del mundo externo y fundamentalmente a través del hombre caído.

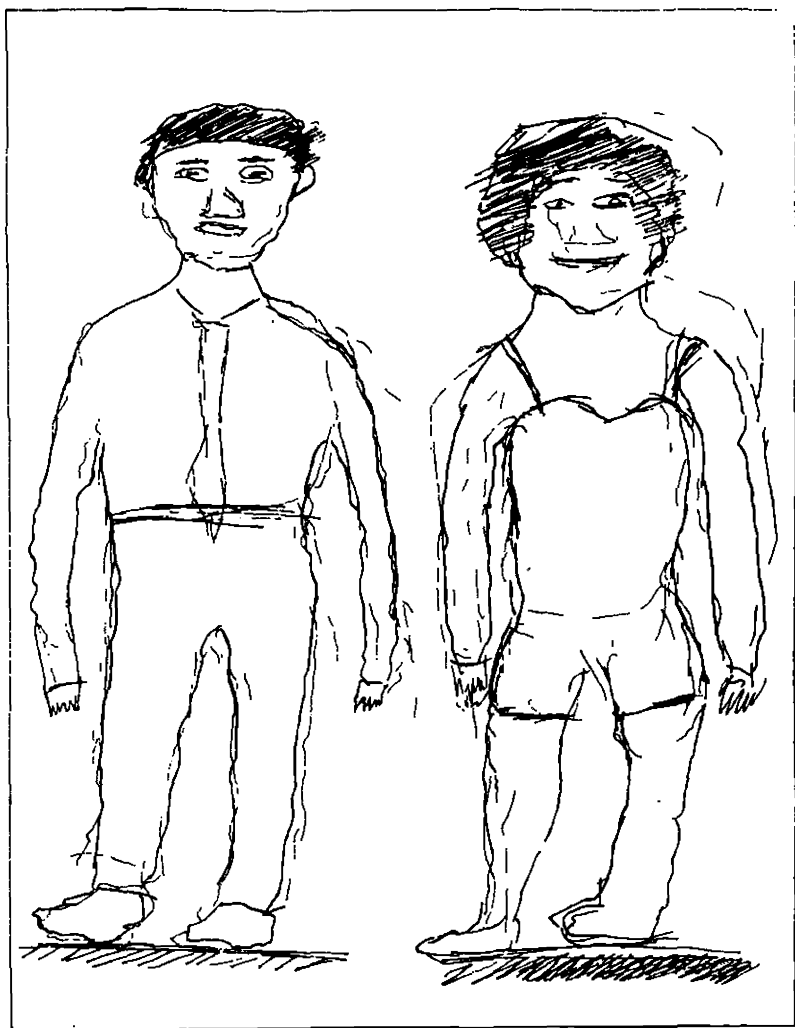
Caso nº 5: Edad, 26 años; sexo, femenino





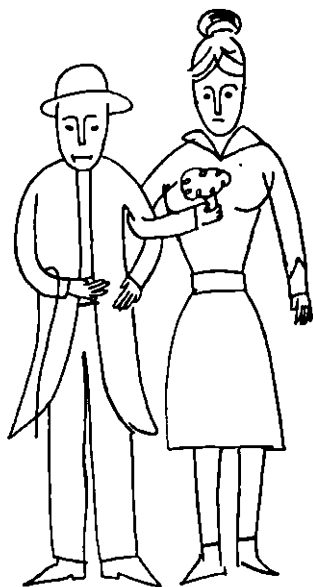
b) Test de la pareja

Caso nº 5: Mujer de 26 años. Este es un ejemplo típico de I.P. inductora y mantiene todas las características descritas anteriormente: énfasis en el control motor y aspecto amenazante, desafiante, frío e irónico. Muestra un aspecto suyo amenazante de la integridad física del depositario. El depositario está proyectado en la mujer con las manos atadas (cortadas, esposadas), "a merced de". La racionalización verbal del dibujo fue "una mujer teniendo una madeja de lana para tejer, el hombre no sé qué le hace, la observa".



b) Test de la pareja

Caso nº 6: Hombre de 25 años. Además de las características generales, lo específico es la peyorativización y puesta en ridículo de la figura femenina, grotesca y exhibicionista. Necesita evacuar en el psicólogo el horror frente a sus aspectos grotescos femeninos. Esta producción tiene características homosexuales (ridículo de la figura femenina, castraciones, exageración de la nariz) y rasgos psicóticos por el aspecto burdo e inadecuado de la pareja.



b) Test de la pareja

Confusión

A los 18 años, Juan, caballero inglés, casóse con una aldeana de Plymouth; era tiempo de guerra. Al terminar ésta la abandonó, presionado por su familia. De la breve unión nació una niña que Juan no llegó a conocer. Poco después Juan contraía en Londres nuevo enlace con una marquesa de la que enviuda a los 40 años, y con la que tiene hijos. Rehace su vida casándose con una joven universitaria compañera de uno de sus hijos, que no era otra que la hija que no había llegado a conocer de su matrimonio de Plymouth. El dibujo corresponde a esa boda.

Caso nº 7: Hombre de 22 años. Las características formales del dibujo son de control, la organización de la *Gestalt* es buena; sin embargo grafica una pareja ridícula, una caricatura en la que la peyorativiza. Tal burla y peyorativización no es asumida por el entrevistado en la verbalización, sino que es un contenido latente-mente depositado en el entrevistador. A través de la producción verbal vemos que lo depositado es la angustia y el horror por la consumación de situaciones incestuosas, mientras que el entrevistado, por incapacidad de contenerlas, no hace alusión a sentimientos frente a lo que narra.

Caso nº 8: Edad, 25 años; sexo, masculino



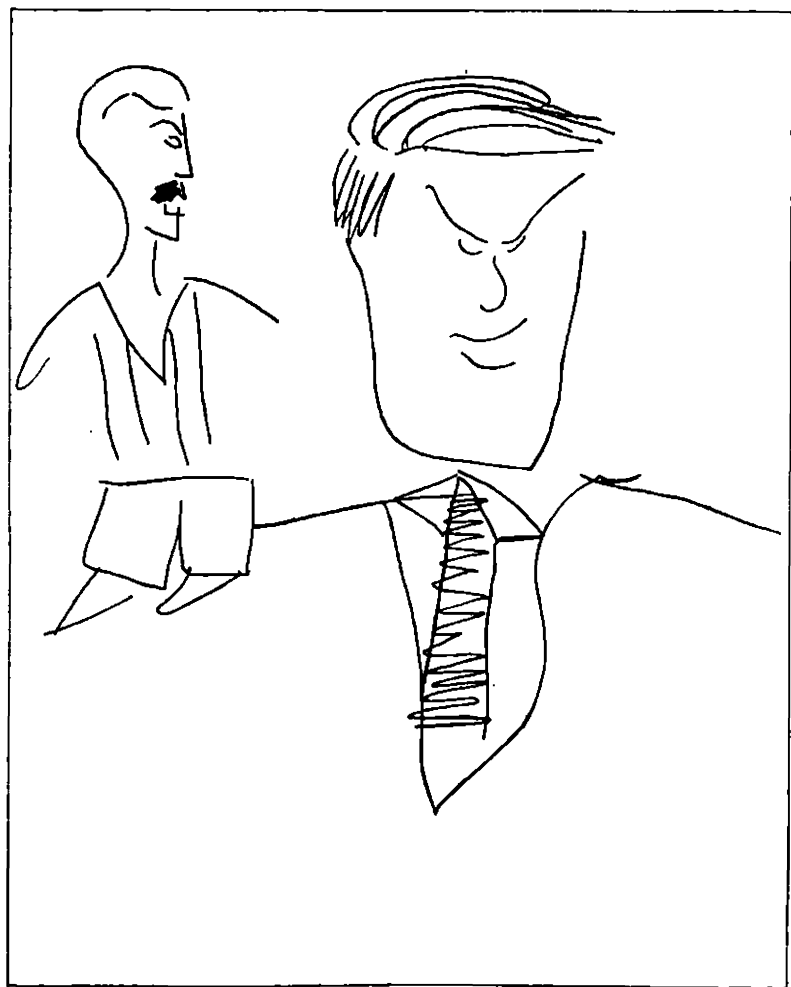
b) Test de la pareja

Surtidores sin manguera

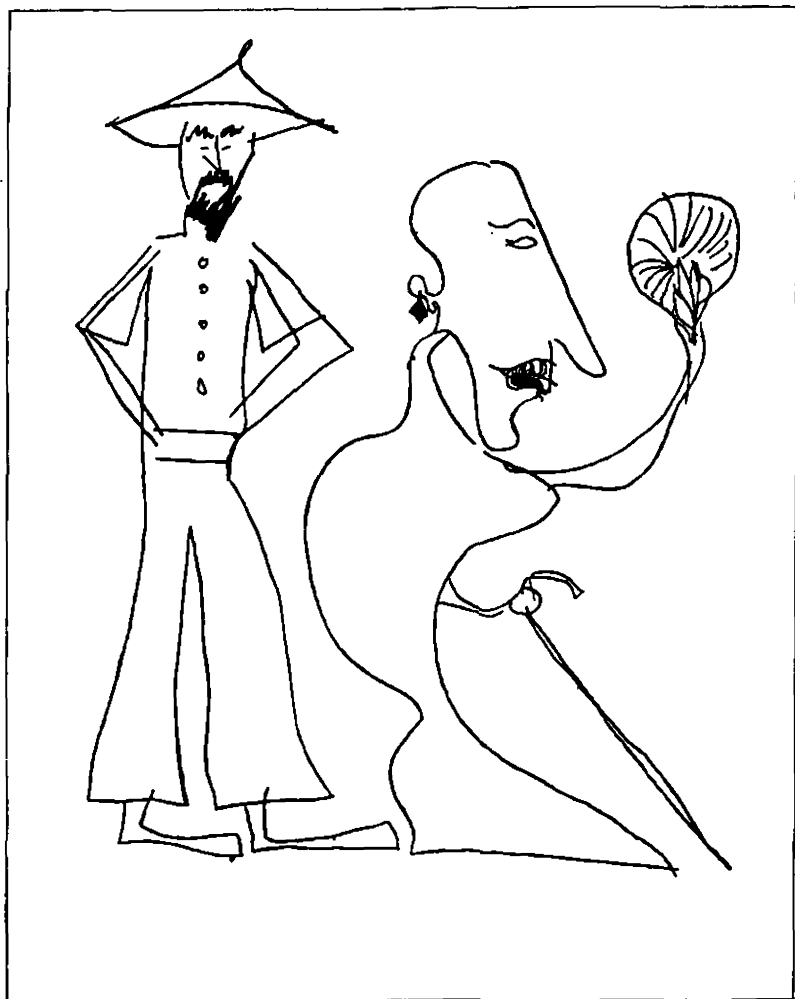
Aunque tienen cara de surtidores de nafta, son dos endemoniadas personitas que están jugando. Uno le dice "cositas" y la otra se las cree. Vivieron juntos pocos segundos y fumaron también. Algunos segundos después de separados, el que contaba las cositas se pondrá la cara de la que las recibía, y viceversa. Hasta el día siguiente en que otra personita un poco más adulta le preguntó a la que recibía las cositas: ¿Cómo le ha ido? Ella le responderá: muy bien. Y la cosita del surtidor de nafta volverá a su primitivo estado. Para el ser adulto (el profesor) todo estaba mal. Colorín colorado...

Caso nº 8: Hombre de 25 años. La producción gráfica pone de manifiesto un excesivo control intelectual, rigidez de pensamiento y tendencia al ocultamiento. El ataque inductor al objeto (psicólogo) se pone de manifiesto en la verbalización: necesita depositar en el entrevistador situaciones de fracaso, impotencia y sometimiento a un objeto castrador, asumiendo el entrevistado la actitud de distancia y burla.

Caso nº 9: Edad, 24 años; sexo, masculino



a) Dibujo libre



b) Test de la pareja

Chinicursimuerte

En Hong Konk —fumadero de opio— la madama (porque también es kilombo) es Chay la Putamuerte, agente de Chiang-Kai-Shek.

Huy-wei Ping es un joven guardia rojo de 40 años que se va a gastar los mangos que le dio el viejo.

—¡Oh, Putamuerte, qué adiposa eternidad! ¿Se puede ir con la madame y revolcarse?

—No ves, cursi Huy-wei Ping, quien en mí entra sale convertido en sublime defecación.

—Tu literatura es barata, Putamuerte, barata de baratija de comerciante de bazar.

—Pero mi vulva es gigantesca y en ella se aloja el infierno, puesto que el rozamiento de sus tétricas paredes evoca el descenso del Profesor con su sobrino Axel en "Viaje al centro de la tierra" de Julio Verne, entre vapores espesos, por definir un poco la cosa.

—Oh, Putamuerte, jamás recordarás lo que escribió Axel al copiar mal las instrucciones de su tío.

—¿Qué? ¿Qué?

—Tretas, conaje, dmaoa!, blm.

—¿Y qué quiere decir?

—"Te adoro, mi encantadora Granten!"

—Falso, faltan letras. Y serás castigado con la muerte.

Caso nº 9: Hombre de 24 años. Es una producción con características psicóticas de las que se defiende con conductas perversas. Necesita producir proyectivamente en el psicólogo confusión y perplejidad a través tanto del tema como de los términos. Necesita proyectar confusión frente a sus fantasías perversas y de muerte.

Comprenden mecanismos de escisión del objeto, idealización, negación y control omnipotente. Tienen por finalidad defender al yo de intensos temores de aniquilación y muerte. Constituyen una configuración inseparable: la disociación supone mecanismos de idealización (tanto de la bondad como de la peligrosidad de los objetos), mecanismos de negación omnipotente (de las características persecutorias del objeto idealizado, y de la impotencia), y mecanismos de control omnipotente (del objeto idealizado, aliado al yo) del objeto persecutorio. Con fines didácticos, los analizaremos sin embargo en forma separada.

Mecanismo de disociación

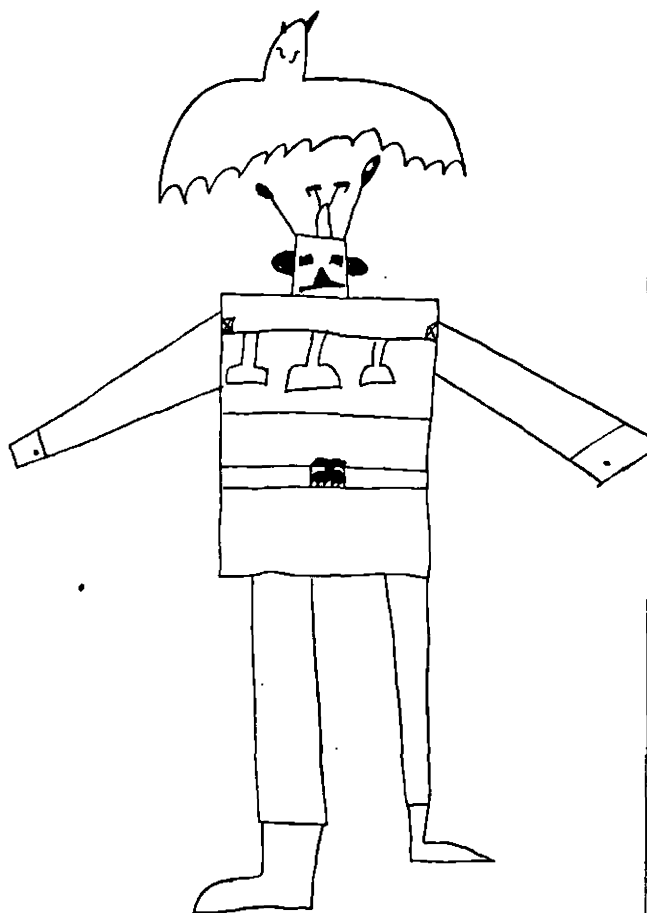
La disociación es el mecanismo por el cual el yo y un objeto único son divididos fantásticamente en dos. La división del objeto se establece en función de las características idealizadas y persecutorias, y en correspondencia con una división concomitante del yo, estructurándose por lo tanto dos vínculos simultáneos entre un yo agresivo y un objeto idealizadamente persecutorio, y un yo lleno de amor con un objeto idealizadamente bueno.

Esta división del objeto y del yo corresponde a un mecanismo primario que sin embargo implica ya un cierto grado de organización de la realidad caótica del comienzo de la vida, en tanto permite aislar y separar dos tipos de experiencias que se suceden en forma alternada: experiencias de unión, protección y satisfacción, y experiencias de abandono, dolor e insatisfacción.

La disociación en sus comienzos responde a una división neta del objeto y del yo, siendo uno de los pares disociados alternativamente "no conocido", "ignorado", "aislado" por el yo. Las disociaciones primarias dan como resultado objetos parciales (pecho-pene) (ideal-persec.). Durante la evolución normal, y en la medida en que disminuye la ansiedad persecutoria, la disociación toma características menos rígidas en cuanto al grado de distancia entre lo idealizado y lo persecutorio, acercándose paulatinamente a una división entre bueno y malo, favoreciendo la síntesis depresiva.

Dentro de la teoría kleiniana, este mecanismo es el precursor

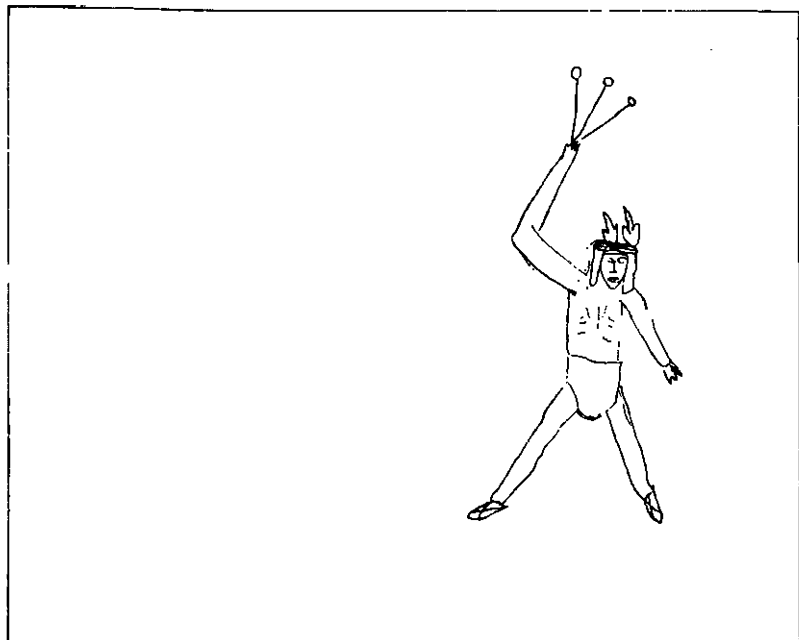
2) Objetos que simbolizan, cada uno de ellos, una característica o función personal (por ejemplo, lo moral y lo corporal, lo agresivo y lo bueno, mente-cuerpo, afecto-sexo, etc.). (Ejemplos de disociación: *Casos 10 a 15.*)



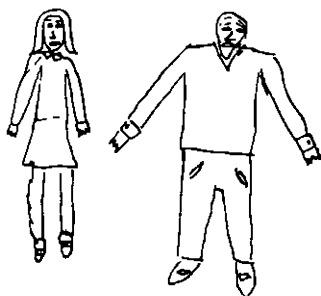
a) Dibujo libre

Caso nº 10: Niño de 7 años. Robot y Batman. (Objeto idealizado-Yo invulnerable.) Dibuja el robot (coincide la elección del gráfico con la primera elección positiva del desiderativo). Luego ubica el Batman "protector-persecutorio" sobre la cabeza del robot y posteriormente denomina Batman al robot.

Caso nº 11: Edad, 8 años; sexo, masculino

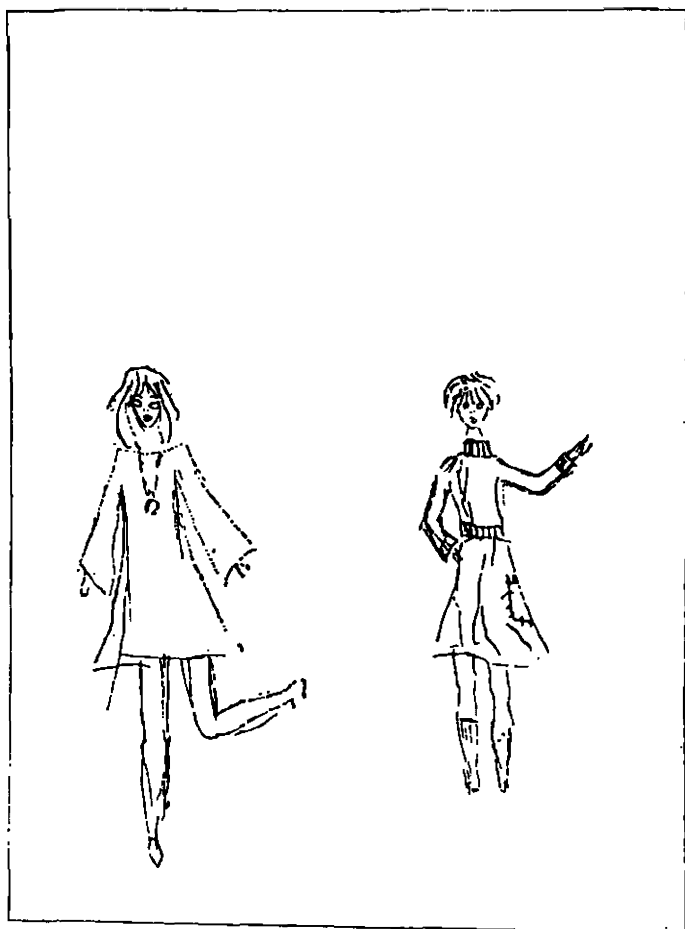


a) Dibujo libre



b) Test de la pareja

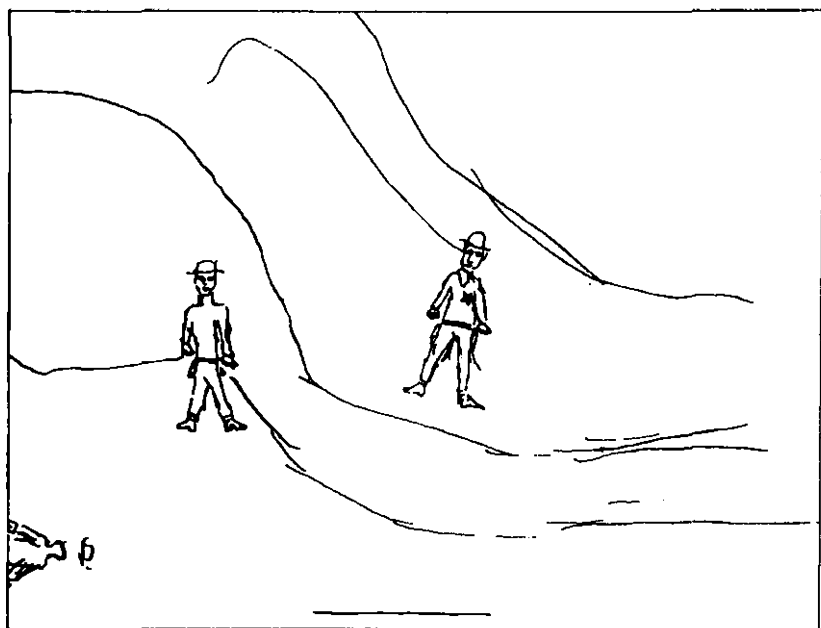
Caso nº 11: Niño de 8 años. Muestra a través de la producción dos aspectos disociados de su yo: los elementos pasivos, despersonalizados e impotentes en el test de la pareja, y las características violentas, impulsivas, agresivas en el dibujo libre.



b) Test de la pareja

Caso nº 12: Adolescente mujer, 17 años. Disociación entre un yo reparador, bueno, idealizado y un yo destruido, pobre, necesitado. Esta disociación es característica de la situación depresiva y forma parte de los intentos de reparación maniaca.

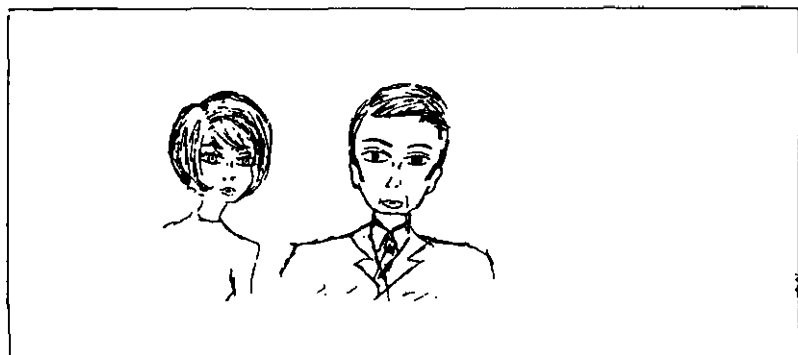
Caso nº 13: Edad, 8 años; sexo, masculino



a) Dibujo libre

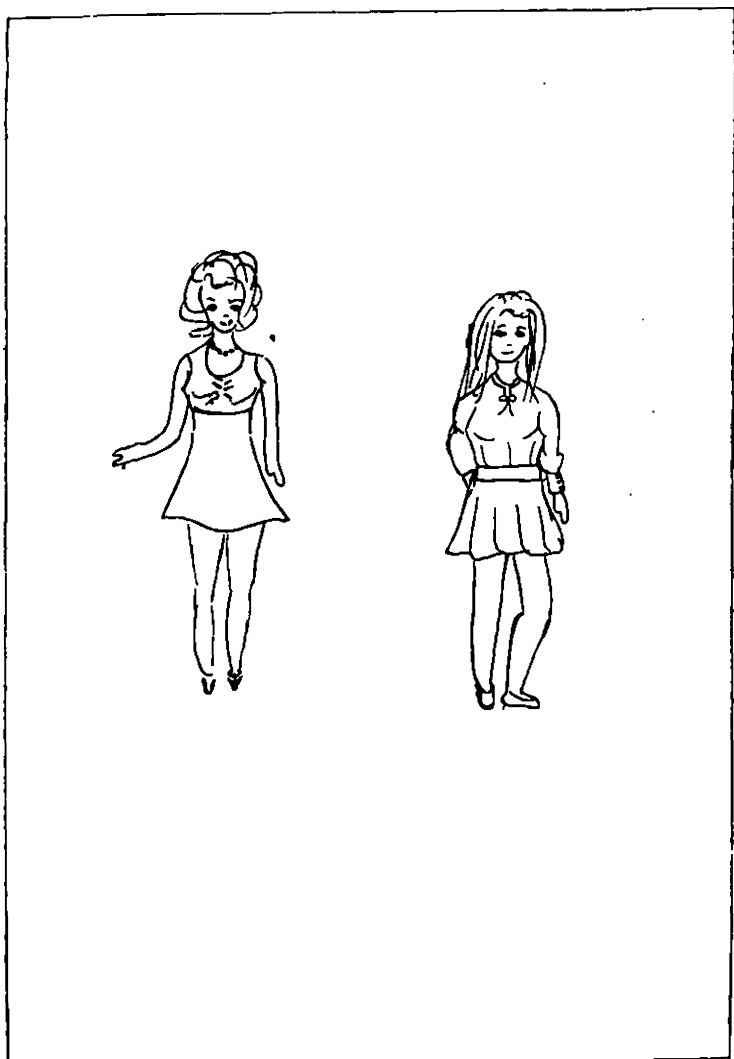
Caso nº 13: Varón de 8 años. Disociación de los aspectos agresivos y amorosos frente al objeto.

Caso nº 14: Edad, 17 años; sexo, femenino



b) Test de la pareja

Caso nº 14: Adolescente mujer, 17 años. Disociación cuerpo-mente como expresión del incremento de los mecanismos de intelectualización.



b) Test de la pareja

Caso nº 15: Adolescente de 16 años. Disociación entre exhibicionismo y represión.

Mecanismo de idealización

El mecanismo de idealización está inevitablemente unido al mecanismo de disociación e inicialmente defiende de ansiedades persecutorias. La creciente idealización del objeto bueno tiene por finalidad alejarlo del persecutorio y hacerlo invulnerable. Dicho mecanismo se vincula con la negación mágica omnipotente: las características indeseables del objeto son negadas, mientras simultáneamente es recubierto de "bondad" (amor, invulnerabilidad, poderes mágicos, poder omnipotente de protección, etc). El monto de idealización está en relación directa con el monto de persecución frente al objeto, y es una defensa resultante de ansiedades persecutorias (temor a ser atacado y destruido por el objeto).

El mecanismo de idealización forma parte también de las defensas maníacas en la situación depresiva (mitigando en tal caso la ansiedad depresiva), adjudicando, por otra parte, al objeto una gran riqueza de contenido y una gran capacidad reparatoria. Entonces, si el objeto es perfecto y lo posee todo, no está destruido, no puede atacar retaliativamente al yo (ansiedad persecutoria), ni el yo tiene que penar por él ni preocuparse por repararlo (ansiedad depresiva).

Dentro de la teoría kleiniana, la idealización es precursora de buenas relaciones de objeto (en tanto el objeto idealizado es el precursor del objeto bueno). Una idealización extrema, sin embargo, traba la relación con el objeto real, puesto que no existen objetos ideales sino idealizados. Un cierto monto de idealización se mantiene a lo largo de la vida adulta (enamoramiento, ideales de vida, etcétera).

Mecanismo de idealización en los gráficos

La idealización, como mecanismo esquizoide, se expresa en los gráficos de figuras humanas mediante el énfasis del poder mágico, y básicamente el poder defensivo, frente a posibles ataques de muerte. Las figuras humanas son de gran tamaño, con exaltación de la capacidad mágica-omnipotente de dominio y control (Dios-santos), o de protección de los débiles (Batman, Superman), o de mando (reyes, policías), o de fuerza física (boxeadores, atletas).

En la medida en que la idealización supone disociación, el par disociado puede corresponder a las características persecutorias del objeto o idealizadas (objetos desvalidos, con un objeto idealizadamente protector o con un objeto persecutorio). Véanse los ejemplos de disociación. (Ejemplos: *Casos 16 a 20.*)



a) Dibujo libre

Caso nº 16: Adulto. Dibujo libre. Idealización de la relación de pareja (libertad y belleza corporal, capacidad de creación). Los aspectos persecutorios del vínculo se ponen de manifiesto en: la aridez del paisaje, los árboles en punta, agresivos y poco protectores, el aspecto corporal amenazante del hombre y el cabello y piernas agresivas de la mujer.



a) Dibujo libre

Nos interesa ejemplificar dos casos de *idealización fallida*:

Caso nº 17: Adulto-hombre. *Hindú y Gandhi*: figura idealizada verbalmente pero gráficamente débil, lejana, "en el aire". No sirve por lo tanto como figura protectora para un yo impotente, sometido y desesperanzado.



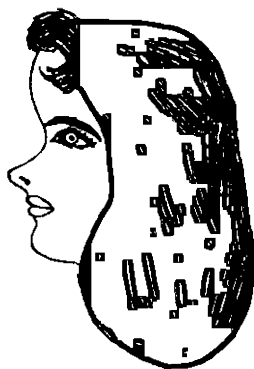
b) Test de la pareja

Caso nº 18: Personalidad psicótica, hombre de 53 años. El fracaso en el intento de incluir una figura materna idealizada y protectora (virgen) produce horror y pánico (huida del hombre en el gráfico).

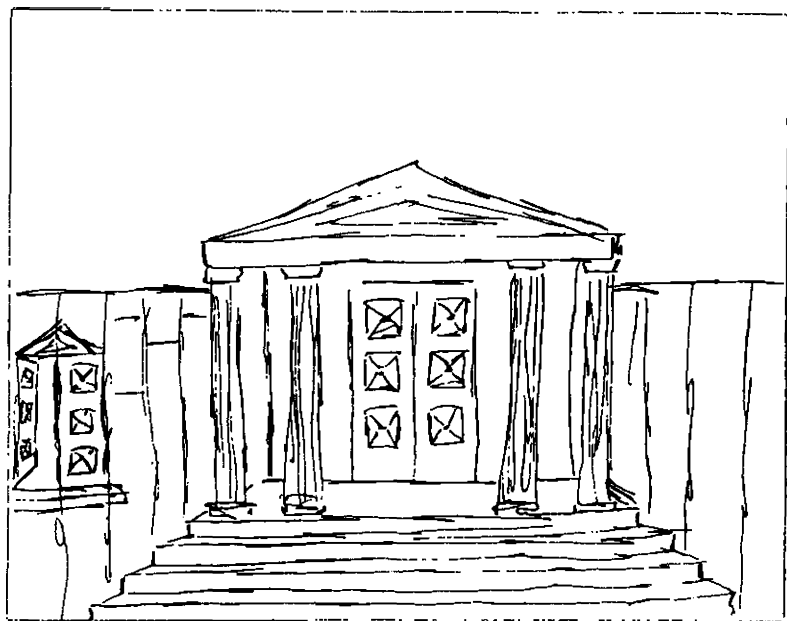
Cuando la idealización corresponde a defensas maníacas, aparecen objetos grandes, lindos, armoniosos, en los que están enfatizados adornos, expresión feliz, gran posesión de contenidos no agresivos (flores, botones, adornos, etc.). Puede graficarse el objeto idealizado (reina, dioses, princesas, castillos, niños con globos, etc.) o bien puede aparecer el par antitético (objeto idealizado, reparado, entero, poseedor de riquezas, y objeto peyorativizado, desvalorizado, destruido, moribundo). (Véase ejemplo de defensas maníacas y *Caso nº 12*.)

La idealización integra todo cuadro neurótico; lo que varía es la apreciación acerca de cuáles aspectos son los idealizados y cuáles los temidos o peyorativizados, cosa que suele expresarse en zonas corporales enfatizadas, por ejemplo, cabeza en detrimento del cuerpo (caso nº 19), o musculatura en detrimento de la capacidad intelectual (caso nº 16.)

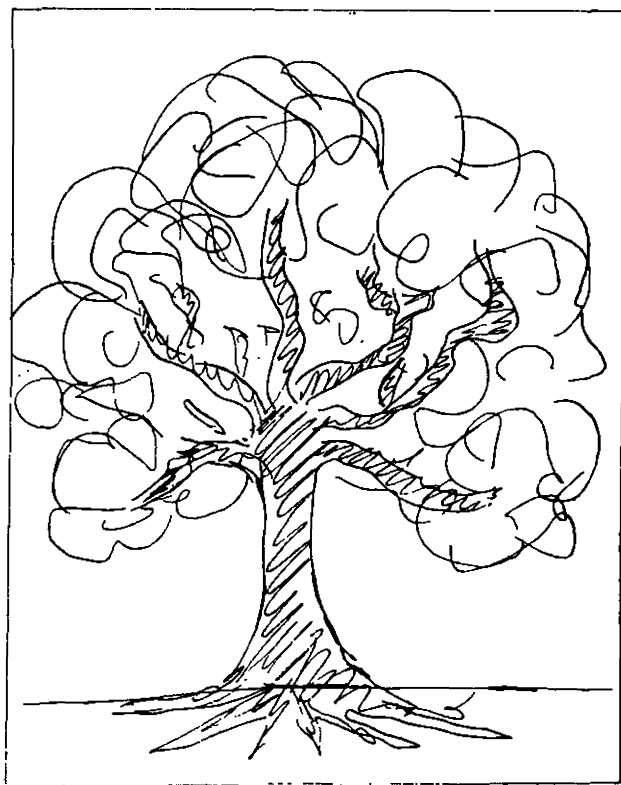
En el dibujo de la casa se observa marcado énfasis en el techo, o en el cuerpo de la casa, ventanales, cristales, etc. En términos generales sigue las mismas características descritas en la disociación.



b) Test de la pareja



Caso nº 20: Dibujo de la casa. Idealización expresada en el tamaño, tipo de construcción elegida, énfasis en la fortaleza, indestructibilidad y perduración en el tiempo. Resulta sin embargo sólo una "fachada" defensiva frente a temores a la destrucción y debilidad corporal (impotencia, dudas sobre su masculinidad).



d) H.T.P.

En el *dibujo del árbol* se pone de manifiesto la necesidad de reforzar el poderío a través del tamaño (omnipotencia) y fortaleza. Subyacen sentimientos de inadecuación y conflicto (sombreado), confusión (copa) y necesidad de manejar estas ansiedades con conductas impulsivas e inductoras (trazo impulsivo, ramas expandidas hacia el exterior, abiertas, expresando el mal control de los impulsos y conflictos).

Son mecanismos primitivos que responden a la impotencia del yo frente a sus impulsos destructivos y a estos impulsos proyectados en el objeto. La negación como proceso defensivo tiene por finalidad no ver aquellos aspectos del yo o del objeto que aterrorizan, y responde a la fantasía de que aquello que no se ve, no existe, y por lo tanto no implica peligro. Está unida al control omnipotente, a la fantasía de poseer, tanto el yo como el objeto idealizado, capacidad de control y de manejo sobre el objeto persecutorio.

El grado de omnipotencia del yo y del objeto idealizado es proporcional al grado de poder destructivo del yo agresivo y del objeto malo.

Durante la etapa depresiva, la negación y el control omnipotente forman parte de las defensas maníacas frente a la persecución y al dolor. La negación se propone negar tanto la destrucción del objeto como los sentimientos de dolor, dependencia y necesidad del yo. Está unida a la fantasía de controlar al objeto, negando el temor a la separación y la dependencia, y favoreciendo las fantasías de reparación omnipotente del objeto. Esto siempre implica una privación para el yo, en la medida en que limita su capacidad de conocimiento.

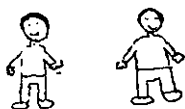
Negación y control omnipotente en los gráficos

1) Los mecanismos de negación se ponen en evidencia en los gráficos a través de figuras humanas pobres, con ojos cerrados, sonrisa estereotipada (tipo payaso), bajo contacto con el medio y características infantiles. El árbol y la casa son también infantiles y cerrados, empobrecidos. (Ejemplo: *Caso nº 21.*)

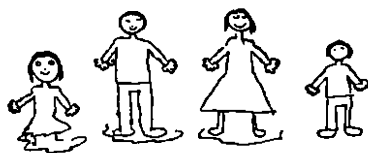
2) Las fantasías de control omnipotente frente a la persecución están directamente unidas a los mecanismos de idealización del objeto protector y del yo en cuanto a poderío e invulnerabilidad (ejemplos dados ya en idealización y disociación). Véase particularmente el *Caso nº 10*: allí, para protegerse frente a los temores de desintegración y muerte, crea el robot que expresa la necesidad de poseer un yo invulnerable, fuerte, poderoso e insensible.

Sin embargo, esta fantasía no calma la ansiedad persecutoria y necesita recurrir a "Batman", objeto idealizado protector y persecutorio con el cual luego se identifica, "asimilando" su poder (denomina Batman al robot). (Ejemplos: *Casos nos. 22 y 23.*)

3) Como parte de las defensas maníacas, y en la medida en que están dirigidas a negar la depresión, la destrucción, la dependencia, etc., y a controlar al objeto destruido-persecutorio, estas defensas se manifiestan a través de movimiento, riqueza de contenido, formas del control mágico del objeto, o capacidad omnipotente de reparación (a tal fin referimos a los ejemplos correspondientes a defensas maníacas).

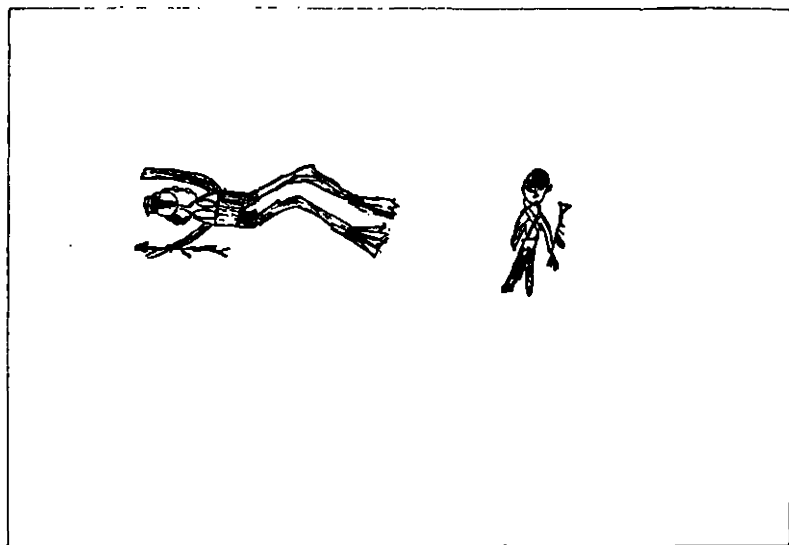


b) Test de la pareja



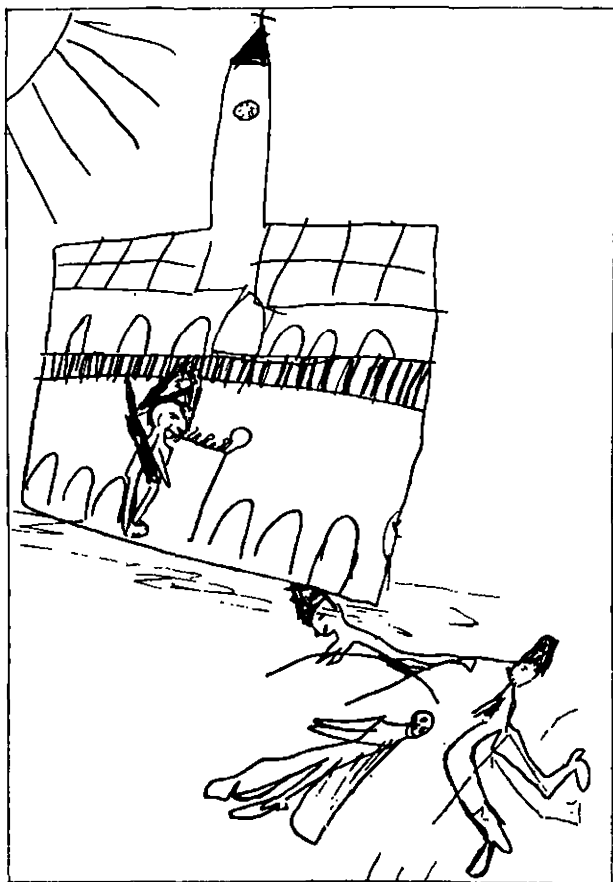
c) Test de la familia

Caso nº 22: Edad, 8 años; sexo, masculino



b, Test de la pareja

Caso nº 22: Varón de 8 años. Expresión de la necesidad de mantenerse “armado” y a la defensiva para controlar a los objetos persecutorios y la ansiedad de muerte.

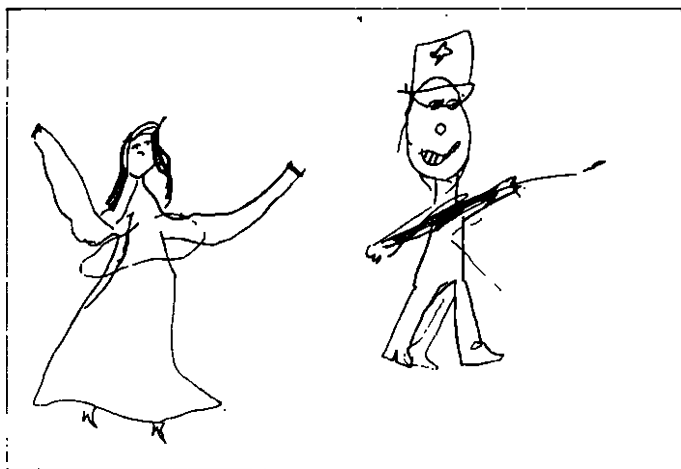


a) Dibujo libre

E: Dibujo a usted y a San Martín. (*Dibuja primero a la mujer y luego al hombre.*)

E: Había una vez una manía que tenía una hijita muy linda; se parecía a María y le puso Angela María. La nenita jugaba, se comió un pollito, se durmió, y llegó la noche, no merendó, fue creciendo y se despertó. Tomó una semilla y se hizo de 15 años. Fue a visitar un castillo, voló, se achicó, se agrandó y visitó el palacio de los gigantes. Se despertó y se fue por el túnel del tiempo, llegó hasta San Martín que luchó por ella y la salvó. Quiso regresar a su tiempo.

E: ¿Qué año?



b) Test de la pareja

E: 1961. Se despertó, se casó con un príncipe. ¿Te gusta la fantasía que te conté?

E: Sí, es tuya. Ahora, dime, ¿qué nombre le pondrías?

E: Angela y San Martín y Aventuras de Sueños.

Caso nº 23: La intensidad de las ansiedades persecutorias, la vivencia de muerte y desintegración aparecen claramente en los gráficos. (Es interesante mostrar que el dibujo libre se refiere al 25 de mayo, fecha de nacimiento de la entrevistada, quien muestra cómo todo su contacto con el mundo externo está teñido de amenazas de muerte). La producción verbal es un intento patológico de negación en la fantasía y control omnipotente de su realidad persecutoria.

La organización de DM incluye mecanismos que ya se pusieron de manifiesto durante la etapa esquizo-paranoide (mecanismo de disociación e idealización, negación y control omnipotente), pero durante la etapa depresiva adquieren características especiales. En el primer caso estaban dirigidas a impedir un ataque aniquilante al yo; ahora tienen como finalidad defender al objeto de los ataques ambivalentes del yo, y a éste de las ansiedades y de la culpa depresivas.

En la situación depresiva el bebé logra una nueva relación con la realidad y descubre situaciones importantes, a saber: 1) su dependencia de la madre, a la que teme haber perdido por su agresión; 2) el valor que ella tiene para él; 3) su ambivalencia, sus deseos agresivos, voraces de destruirla y sus sentimientos de necesidad y deseos de preservarla. Como consecuencia surgen intensos sentimientos de culpa depresiva, temor de perder a la madre necesitada, miedo de haberla destruido ya, preocupación y necesidad de repararla.

Las defensas maníacas son un intento de evitar el proceso de intenso dolor y sufrimiento psíquico que estos descubrimientos implican. La experiencia depresiva se vincula con el conocimiento de la existencia de un mundo interno y de la posesión de un objeto valorado al que se necesita. Por eso, las DM se dirigen a evitar y negar este conocimiento huyendo hacia el mundo exterior, y negando, evitando o invirtiendo la dependencia del objeto, la ambivalencia, la preocupación y la culpa.

Uno de los mecanismos defensivos específicos es la omnipotencia acompañada de fantasías de control y dominio de los objetos. Este mecanismo es necesario para: a) negar la dependencia del objeto, el miedo a ser abandonado y la emergencia de agresión por este abandono, y b) satisfacer la fantasía de reparación total del objeto, mediante un yo que tiene poderes mágicos de reconstrucción. M. Klein afirma que el bebé necesita sentir que domina a los objetos internos y externos no sólo para que no lo abandonen sino para que no se dañen entre sí.

Los mecanismos de idealización tienden a negar la fantasía de destrucción del objeto, otorgándole invulnerabilidad, riqueza de contenidos, belleza. Un objeto así, no dañado ni moribundo,

evita tanto el temor a la persecución como el sufrimiento psíquico (duelo).

Los mecanismos de negación tienden a desconocer la realidad psíquica (el *insight* adquirido acerca de la agresión, la valoración del objeto y el temor a atacarlo) y las partes de la realidad externa acordes a sus conflictos (negación del abandono, de situaciones que producen frustración y tristeza, del miedo al alejamiento de la madre real, etcétera).

Los mecanismos de disociación tienden a evitar el dolor que la ambivalencia produce (amar y odiar a un mismo objeto).

Una característica especial de la defensa maníaca es la identificación del yo con el objeto idealizado: el yo se fusiona y confunde con este objeto parcial, omnipotente, lleno de vida, de poder y alimento, se "infla" por la fantasía de haber devorado al objeto idealizado ("la luz del objeto idealizado cae sobre el yo"), en tanto las características sufrientes, desprotegidas, necesitadas, dependientes del propio yo, son depositadas en los objetos externos. La DM implica entonces la utilización de mecanismos de identificación proyectiva: las características proyectadas son las de un "necesitado" y "hambriento", mientras que las características asumidas por el yo son las de un "pecho lleno", "nutricio", que "se autoabastece".

En una relación maníaca de objeto participa una tríada de sentimientos tendientes a negar los logros de la situación depresiva. Esta tríada está constituida por el control, el triunfo y el desprecio que se corresponden simétricamente con los sentimientos depresivos de valorar al objeto, depender de él, temer perderlo y sentirse culpable.

Seguindo a H. Segal: "Controlar al objeto es una manera de negar la dependencia de él, pero al mismo tiempo es una manera de obligarlo a satisfacer necesidades de dependencia, ya que un objeto totalmente controlado es hasta cierto punto un objeto con el que se puede contar.

"El triunfo es la negación de sentimientos depresivos ligados a la valoración e importancia afectiva otorgada al objeto. Se vincula con la omnipotencia y tiene dos aspectos importantes. Uno de ellos se relaciona con un ataque primario infligido al objeto y el triunfo experimentado al derrotarlo (en especial cuando el ataque está fuertemente determinado por la envidia). Además el triunfo se incrementa como parte de las D.M. porque sirve para man-

tener a raya los sentimientos depresivos que, de otra manera, surgirían (tales como sentir nostalgia por el objeto, extrañarlo y echarlo de menos).

"Desprecio hacia el objeto es también negar cuánto se lo valora; actúa como defensa contra las experiencias de pérdidas y culpa. Un objeto despreciable no merece que uno sienta culpa por él y el desprecio hacia semejante objeto se convierte en justificación para seguir atacándolo."

Si analizamos lo expuesto hasta el momento, vemos que la DM intenta negar la situación depresiva y el trabajo de duelo, pero prepara el camino para un nuevo colapso depresivo ya que implica en sí un nuevo ataque sádico al objeto, al que se devora, desprecia y despoja del poder, del que se apropia el yo para controlarlo. El incremento de los sentimientos de desprecio motivados por la envidia subyacente interfieren el desarrollo normal, en la medida en que impiden el proceso de duelo.

Características de las defensas maniacas en los gráficos

En las figuras humanas: está enfatizado el tamaño como expresión de la inflación del yo. A diferencia de los mecanismos de identificación proyectiva inductora, el énfasis no está puesto en la musculatura, sino en el límite corporal extendido.

La ubicación es generalmente central, y hacia arriba (sentimientos de euforia).

Hay una gran preocupación por "llenar el dibujo de contenidos" tendientes a "enriquecer" y no tanto a dar poder (botones, adornos, flores). Se evita así el temor a la destrucción interna del objeto y los propios sentimientos de vacío y carencia. Otras veces, esta vivencia de vacío se expresa abiertamente, a través de figuras muy grandes y vacías (tipo "globos").

En los dibujos infantiles, la necesidad de negar el temor a la pérdida del objeto se expresa por figuras de niños con globos, en paisajes llenos de flores, con vestidos muy adornados, etc. Suelen dibujar reinas, reyes, princesas, personajes poseedores de grandes riquezas.

En los dibujos de adultos, la figuras humanas son muchas veces infantiles, simpáticas y alegres. Es característica la expresión

feliz o triunfal dada por una gran sonrisa (boca de payaso), acompañada a veces de ojos cerrados (negación).

La casa y el árbol tienen también gran tamaño, ubicación central, gran cantidad de contenidos (frutos y flores en el árbol, caminitos, flores, animalitos en la casa; generalmente incluyen el sol en todos los dibujos). Cuando las defensas maníacas son muy intensas, la casa está sobre una loma, en perspectiva, o aparecen casas muy idealizadas del tipo de castillos.

Si bien éstos son los rasgos comunes de expresión de las defensas maníacas, su grado de patología se mide: 1) por la intensidad con que éstas se manifiestan, 2) por el mayor o menor dominio de fantasías de desprecio y triunfo expresadas en el gráfico, (a través de figuras desvalorizadas, atacadas peyorativamente "con aspecto" ridículo), 3) por el grado de integración y adecuación del dibujo (ajuste a las características reales del objeto, grado de integración o de estereotipia, movimiento armónico o forzado, etcétera). (Ejemplos: *Casos nº 24 a 28.*)



b) Test de la pareja

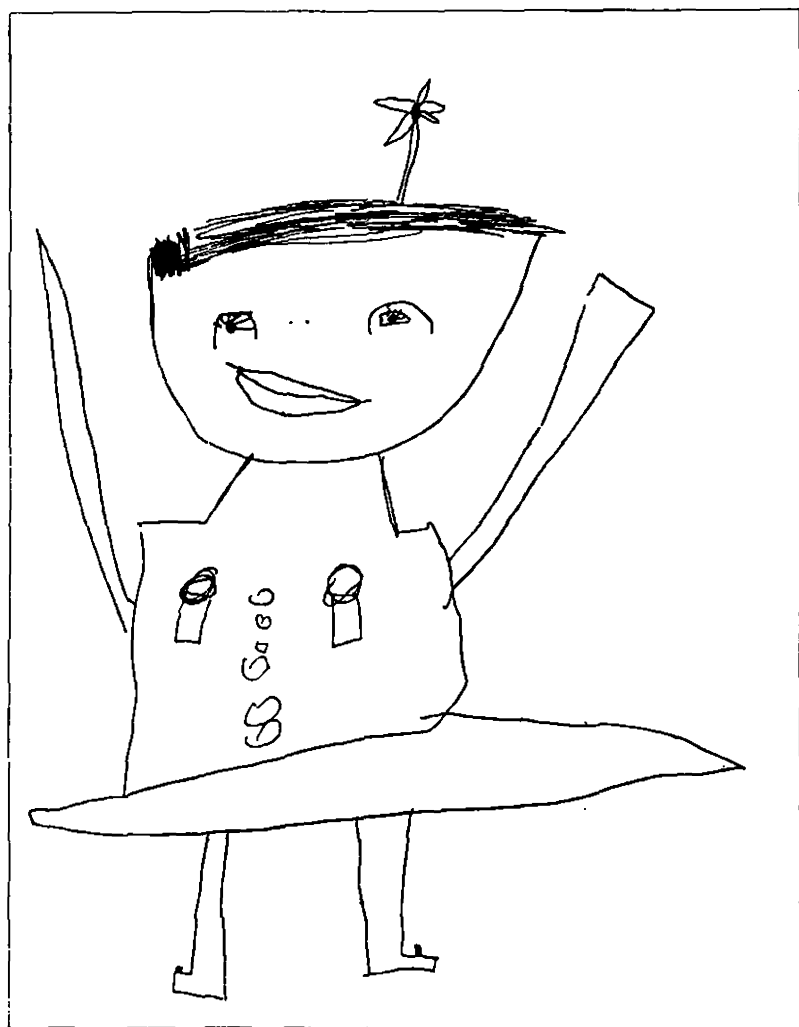
Caso nº 24: Niña de 7 años. Las defensas maníacas se evidencian aquí en la posesión de objetos, en la expresión sonriente, en la negación de la realidad a través de los ojos que no ven, y en la verbalización, en la que intentan manejar sus temores de pérdida abandonando y recuperando el objeto (control) y aplicándolo finalmente a través de reparaciones maníacas.

Su intensidad, sin embargo, no es marcada pues no dominan fantasías de triunfo y desprecio, sino que la defensa tiende más bien a negar la carencia y la dependencia, sin menosprecio del objeto. Se manifiestan también mecanismos de control de la agresión (formación reactiva). En cuanto al grado de adecuación, la *Gestalt* está mantenida, las posibilidades de alejamiento y control del objeto son posibles para una niña de 7 años, y existe cierta necesidad, aunque ambivalente, de mantener el amor del objeto.



a) Dibujo libre

Caso nº 25: Niña de 5 años. Euforia marcada, a través del movimiento, ubicación en la hoja y sonrisa. La mamá de la nena estaba embarazada de mellizos y ella dibuja una figura con un gran vestido, de dos puntas (dos vientres), y las dos manos con características de dos bebés; no obstante la define como "una nena". En este gráfico se evidencia una mayor indiferenciación con el objeto idealizado-persecutorio-envidiado, que es la madre embarazada. La *Gestalt* está conservada, es armoniosa, y hay movimiento expansivo.

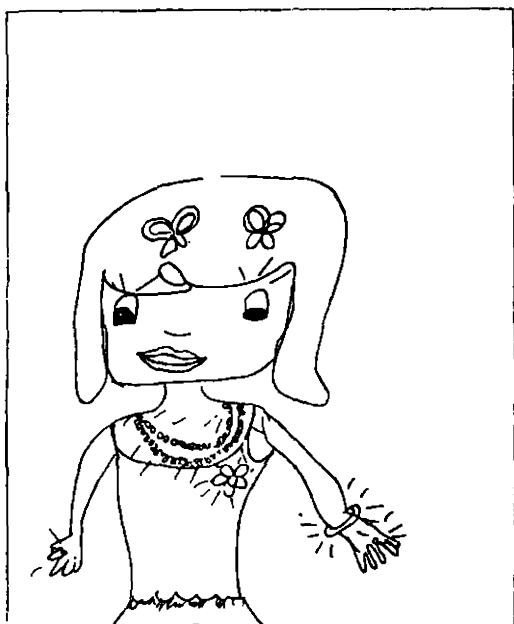


a) Dibujo libre

Caso nº 26: Niña de 5 años. Se evidencia la inflación del yo, fantasías de posesión del objeto necesitado (pecho-bolsillo). En este caso hay una mayor negación de la realidad, de la carencia, y una mayor desorganización de la imagen corporal (en relación con el caso anterior). Se evidencia limitación en su capacidad de recibir y de simbolizar (falta de manos, cabeza tronchada).

Como expresión claramente simbólica de su necesidad de transformar en lindo y fértil lo que siente atacado y roto (negación y transformación en lo contrario), vemos la flor saliendo de la cabeza tronchada.

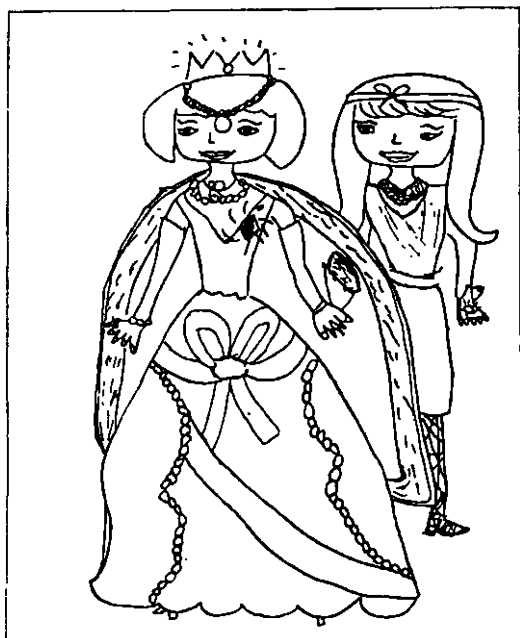
La posibilidad de apelar a defensas maníacas es en este caso más rígida y fallida, ya que apela a una negación de las inhibiciones y carencias reales. En la medida en que el objeto de identificación del yo ha sido más dañado y atacado, resulta menos armónico e integrado como figura gráfica.



a)

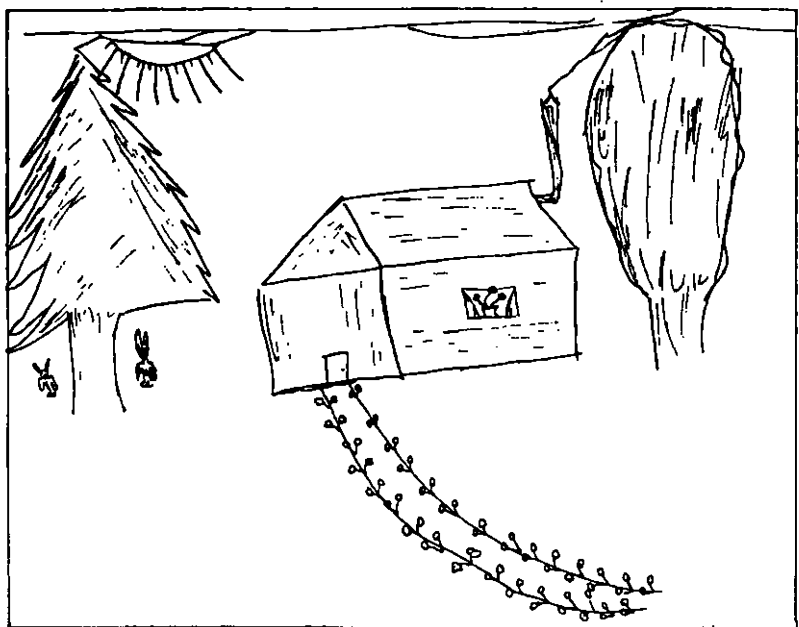
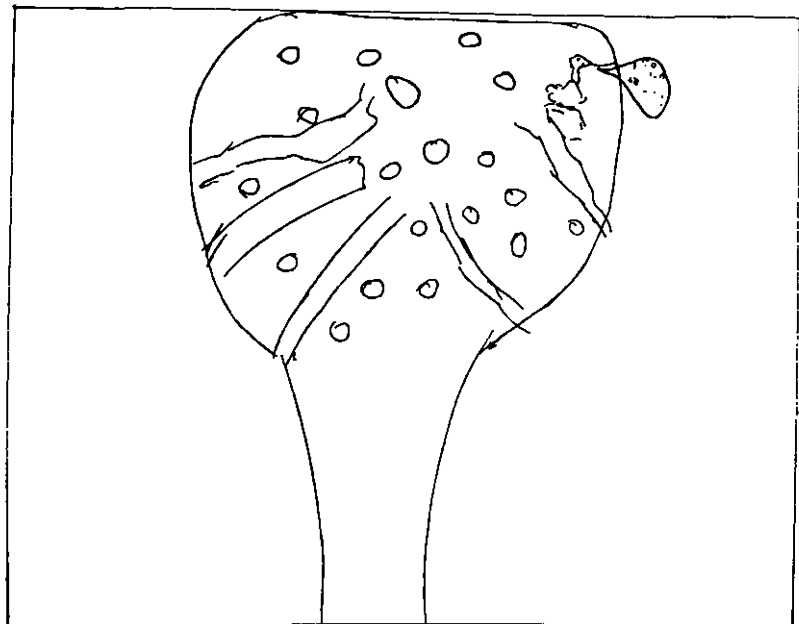


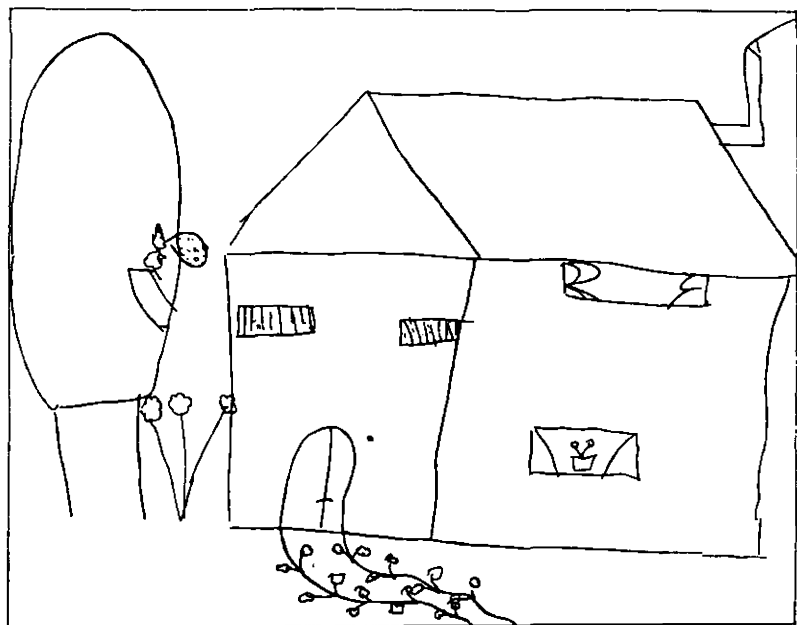
b)



b) Test de la pareja

Caso nº 27: Expresión de la necesidad de fantasear con un yo rico, lleno de contenidos y posesiones (defensa ante ansiedades de empobrecimiento y carencia: a y b). Figura materna poderosa, enriquecida, fuerte (c).

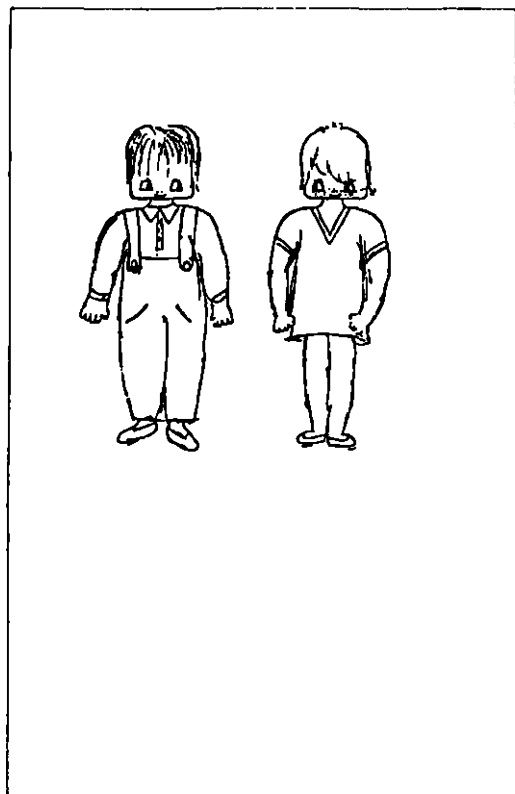




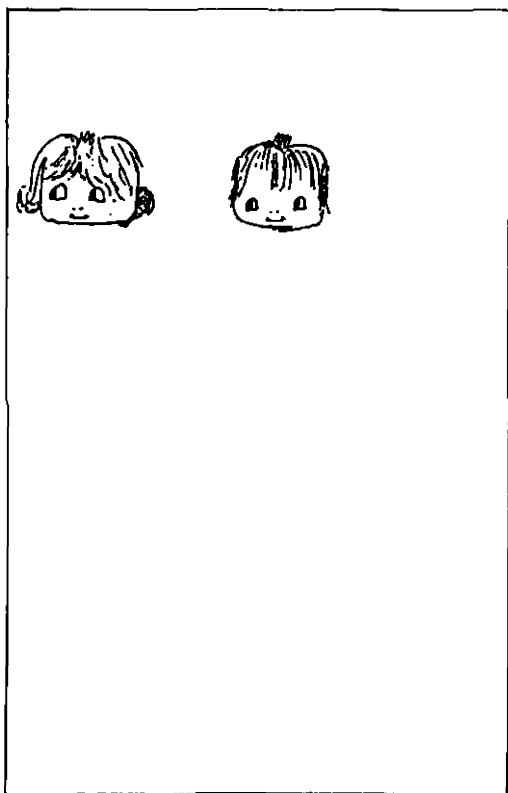
d) H.T.P.

H.T.P. infantiles

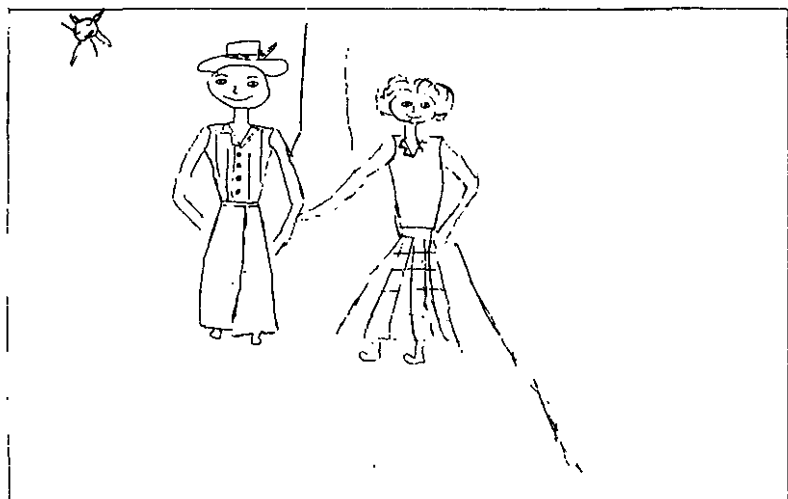
Caso nº 28: Las características fundamentales son: figuras grandes, adornadas y llenas de contenidos (la macetita con flores y las flores que salen de la puerta) en las que, no obstante, se evidencia el vacío, esto es, la inflación de un yo vacío. El detalle de la gallina cacareando pone de manifiesto su necesidad de mostrar capacidad de creación (y es un desplazamiento del temor al embarazo materno).



b) Test de la pareja



b) Test de la pareja



b) Test de la pareja

Ejemplos de adolescentes

Casos nº 29, 30, 31: En los dos primeros casos hay euforia y negación de la problemática actual (corporal, por ejemplo) a través de cabezas infantiles, simpáticas y pícaras.

El tercer caso es una caricatura burlesca de la pareja; predominan aquí mecanismos inconscientes de desprecio y triunfo frente a ella a través de su aspecto ridículo, desvalorizado y empobrecido. Las características decididas, confiadas y felices, que desea dar a su producción (la pareja caminando hacia adelante, sonriente, y con la presencia del sol), están contrapuestas con las características débiles, pobres y atacadas de los objetos que consigue crear.

Defensas de control obsesivo

Bajo la denominación de defensas obsesivas hallamos, entre otras, el aislamiento, la anulación y la formación reactiva, cuyo mecanismo dominante es el anal retentivo. Es importante diferenciar el llamado control omnipotente (que corresponde a defensas obsesivas patológicas presentes en cuadros latentemente psicóticos), del control obsesivo adaptativo.

En la evolución infantil la vivencia del daño infligido al objeto y la culpa y dolor por haberlo destruido inherentes a la situación depresiva traen como consecuencia la inhibición y control de la agresión. Dicho control tiene por finalidad preservar al objeto de la propia agresión y al yo del sufrimiento que implica aceptar la ambivalencia. En los comienzos de la situación depresiva el objeto no puede ser aún reparado porque el monto de cólera sigue siendo intenso; el daño al objeto no puede ser negado maníacamente, en forma total, porque el yo ha logrado ya suficiente integración y ha percibido el daño. Surge entonces como posibilidad de protección y cuidado del objeto preservarlo de nuevos ataques: los mecanismos controlan el vínculo hostil con el objeto, previamente disociado.

En la evolución normal, mecanismos anal-retentivos actúan modificando los mecanismos previos, anal-expulsivos, de identificación proyectiva excesiva. Marcan la posibilidad de "retener", "contener" los impulsos y los sentimientos permitiendo, por lo tanto, establecer la noción de los límites del yo. Permiten la discriminación entre adentro y afuera, yo y objeto externo, yo y objeto interno, y mantienen conexión con los aspectos proyectados. Favorecen, por lo tanto, la noción de identidad, la ordenación temporal y espacial y el desarrollo del sentido y juicio de realidad. Los mecanismos de control tomados en este sentido (orden versus caos; diferenciación-noción de límite corporal y psicológico versus indiferenciación y procesos expulsivos) marcan el punto de pasaje de psicosis y psicopatías a neurosis y adaptación.

El control obsesivo puede adquirir, sin embargo, características patológicas correspondientes al control omnipotente. Tiende entonces a estereotiparse con características rígidas y excesivas, mecanismos de aislamiento y anulación. El orden se transforma en meticulosidad exagerada, el ajuste a la realidad adquiere características rígidas, ritualistas. El "yo" pierde posibilidades de sentir

y se empobrece. La finalidad no es ya preservar al objeto, sino evitar la desintegración del yo, el *splitting*. Los mecanismos obsesivos actúan entonces como contención de situaciones de desintegración psicótica, confusión e indiscriminación.

Diferencias entre el control adaptativo y el control omnipotente en los tests gráficos

El control adaptativo permite la realización de gráficos en los que se manifiesta un buen ajuste a la realidad, en cuanto al tamaño, ubicación en el espacio, discriminación mundo interno-mundo externo, *Gestalt* conservada, organización coherente de las partes en el todo, correspondencia entre el objeto gráfico y el objeto real, y armonía.

El pasaje al control omnipotente se manifiesta en el gráfico a través de dibujos excesivamente estáticos, inmóviles, despersonalizados:

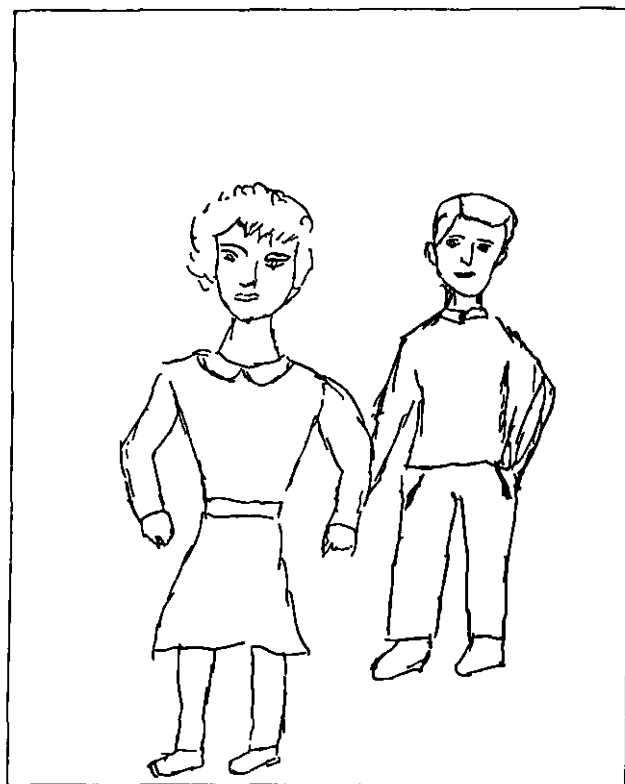
1) Gráficos empobrecidos, vaciados, por predominio de mecanismos de aislamiento y anulación. (Ejemplos: *Casos nº 1 y nº 2.*)

2) Excesivo reforzamiento de los límites, excesivo sombreado o rayado que traen como consecuencia o bien figuras sucias o bien figuras rígidas e inmóviles. (En las figuras humanas, cuanto más nos acercamos a situaciones psicóticas, mayor es el predominio de figuras rígidas y vacías, expresión de la despersonalización.)

El dibujo de la casa y el árbol puede ser un gráfico desorganizado o bien precariamente organizado (casas-techo, casas-fechada); o mostrar incremento del sobredetallismo (tejas del techo, piedras en el camino, hojas en los arboles, etcétera).

Tal control, en la medida en que no es adaptativo, fracasa, y las figuras adquieren características inusuales y desorganización de la *Gestalt*. Las producciones gráficas siguientes muestran una secuencia de control obsesivo patológico neurótico a control psicótico. (Ejemplos: *Casos nº 32 a 36.*)

Caso nº 32: Sexo, femenino



• b) *Test de la pareja*

Caso nº 32: Mujer. *Gestalt* conservada, aspecto confiable; índices de rigidez, control excesivo de afectos; empobrecimiento.



b) Test de la pareja

Caso nº 33: Mujer. Mayor rigidez y desvitalización, detalles inadecuados: amputación de manos, brazos largos, transparencia.

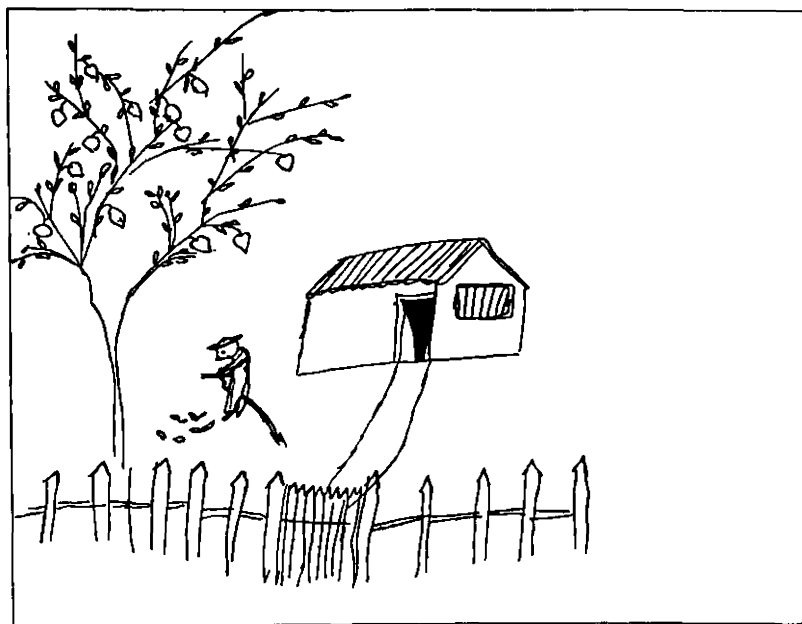
Caso nº 34: Sexo, femenino



b) Test de la pareja

Caso nº 34: Mujer. Domina la desvitalización, las figuras tienen aspecto de muñecos sin vida (despersonalización), y alteraciones de la *Gestalt* (ruptura del cuerpo, amputaciones).

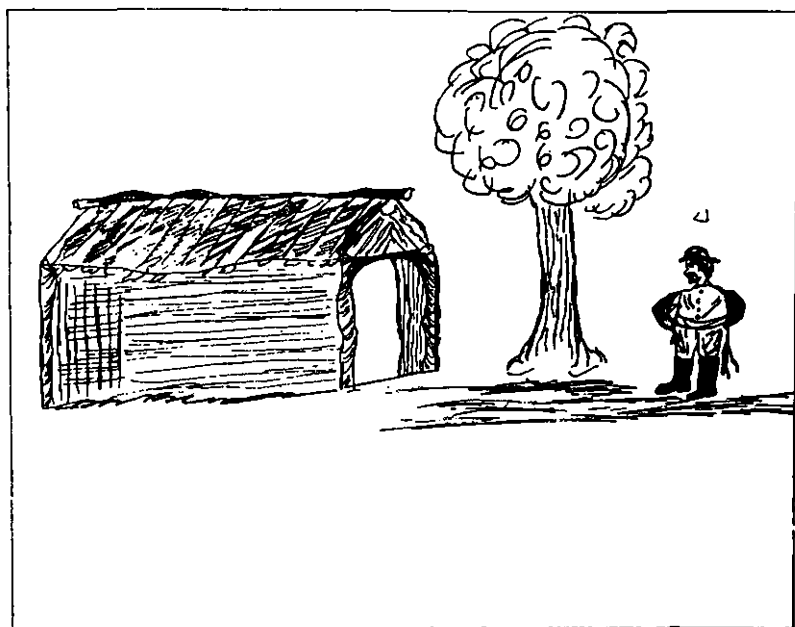
Caso nº 35: Edad, 40 años; sexo, masculino



d) H.T.P.

Caso nº 35: Hombre de 40 años. Exceso de control en hojas y frutos, vallas, tejas. Indices de desorganización en la figura humana.

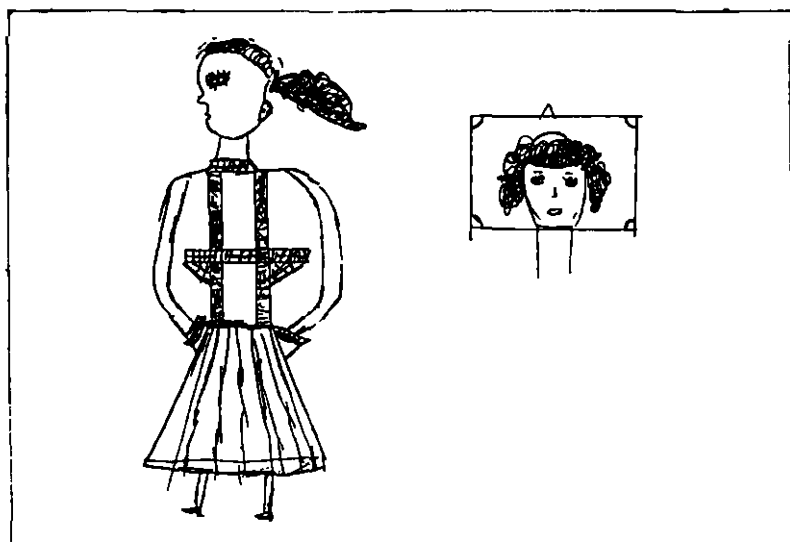
Caso nº 36: Edad, 36 años; sexo, masculino



d) H.T.P.

Caso nº 36: Hombre de 36 años. Precariedad de la casa, a pesar del exceso de control que se evidencia en: a) sombreados; b) en el contenido: un policía controlando.

Caso nº 37: Edad, 11 años; sexo, femenino



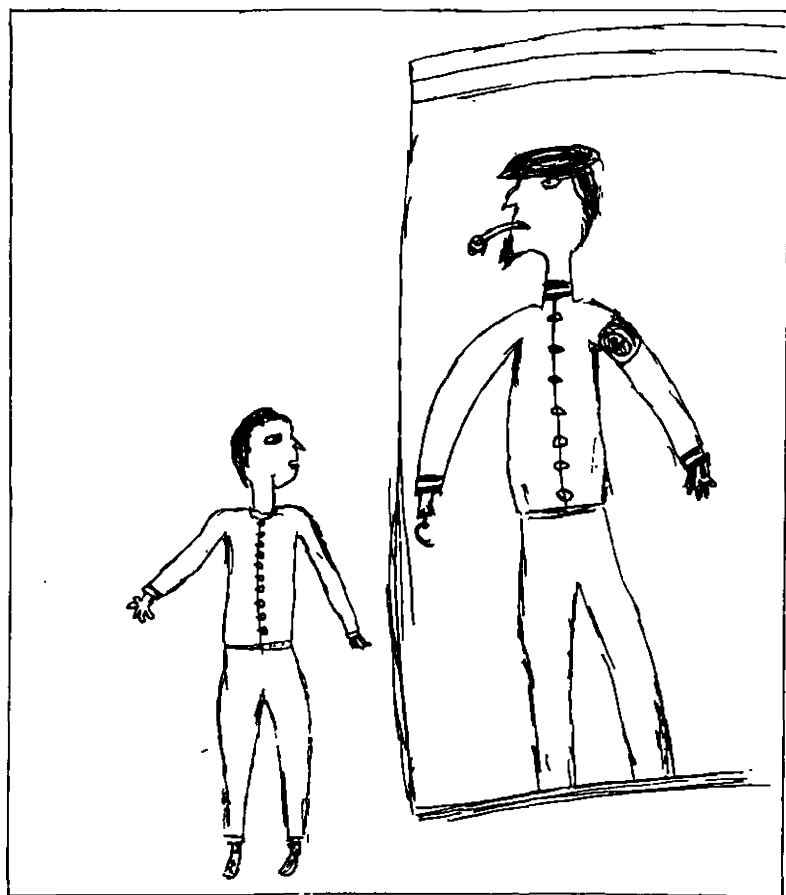
b) Test de la pareja

Ejemplos de niños

Caso nº 3 (véase p. 254): Casa-techo empobrecida.

Caso nº 37: Niña de 11 años. Construcción bizarra del cuerpo. Indices psicóticos.

Caso nº 38: Edad, 11 años; sexo, masculino



b) Test de la pareja

Caso nº 38: Varón de 11 años. Aislamiento extremo.

Formación reactiva

Responde a la necesidad de mantener una disociación entre el vínculo de amor y el vínculo agresivo establecidos con el objeto, reforzando al primero y manteniendo bajo control al segundo. Si bien como mecanismo está basado en una relación divalente (disociación) corresponde evolutivamente a logros de la etapa depresiva. Supone preocupación por el daño hecho al objeto y miedo a no poder repararlo: como defensa el yo fantasea que el daño sucederá en el futuro si se ataca al objeto. Negado el daño ya hecho al objeto, se traba la posibilidad de una auténtica reparación; existen sin embargo sentimientos propios de la situación depresiva (preocupación por el objeto, empatía con el sufrimiento del objeto y deseos de preservarlo). La aceptación de la necesidad, dependencia y valor del objeto es mayor que en el aislamiento.

En la evolución favorece el reforzamiento de los límites y la modificación de los mecanismos expulsivos de ataque. Subyacen sin embargo ansiedades persecutorias (temor de enloquecer, ser enloquecido, desorganizar y ser desorganizado), referidas a la fantasía de asumir la agresión disociada, parte de la ambivalencia. Las formaciones reactivas adaptativas permiten el ajuste a normas sociales (horarios, ceremoniales, trabajo) que por oponerse al principio del placer podrían despertar agresión o rebeldía.

Como mecanismo dominante en la personalidad, imparte un grado de constancia en la conducta más o menos exagerado: búsqueda de orden, meticulosidad, amabilidad permanente que lleven a diversos grados de rigidez, dureza, falta de espontaneidad y afectividad. El control de la agresión nunca es total e implica una lucha permanente por parte del yo para mantener a raya la agresión, lo cual determina un gasto considerable de energía psíquica.

Formación reactiva en los gráficos

Predomina la preocupación por lograr gráficos ordenados, completos y prolijos. La actitud dominante es de meticulosidad y detallismo. El temor a la pérdida de control sobre el objeto gráfico (sobre la propia agresión) promueve la necesidad de "revisar", arreglar y repasar partes del dibujo ya realizado. Esto trae como consecuencia, (y al mismo tiempo expresa) la dificultad para des-

prenderse de la producción (retención), al mismo tiempo que determina zonas "sucias" por el repasado (fracaso del control). Hay una gran preocupación por la simetría.

Cuando esta defensa forma parte de una personalidad integrada y adaptada dará como resultado producciones gráficas ordenadas, con buena ubicación espacial, discriminación de mundo interno y externo y discriminación de partes internas.

A medida que nos acercamos a situaciones más patológicas el orden se transforma en exceso de detallismo, excesiva marcación de los límites con el exterior, rigidez, lentificación e índices de fracaso del control a través de zonas "sucias", aspectos confusos, rasgos impulsivos, etc.

Características de las figuras humanas: figuras no agresivas, cuidado en la vestimenta que no será seductora sino formal (ropa cerrada, traje, corbata, etc.). El movimiento corporal no existe o está coartado (rigidez y tensión corporal) mostrando el control impuesto a los impulsos. Preocupación por los límites de la figura. Ubicación y tamaño medios.

En la casa encontramos las características generales anteriormente descritas acerca del orden, preocupación por las proporciones, detallismo, etc.

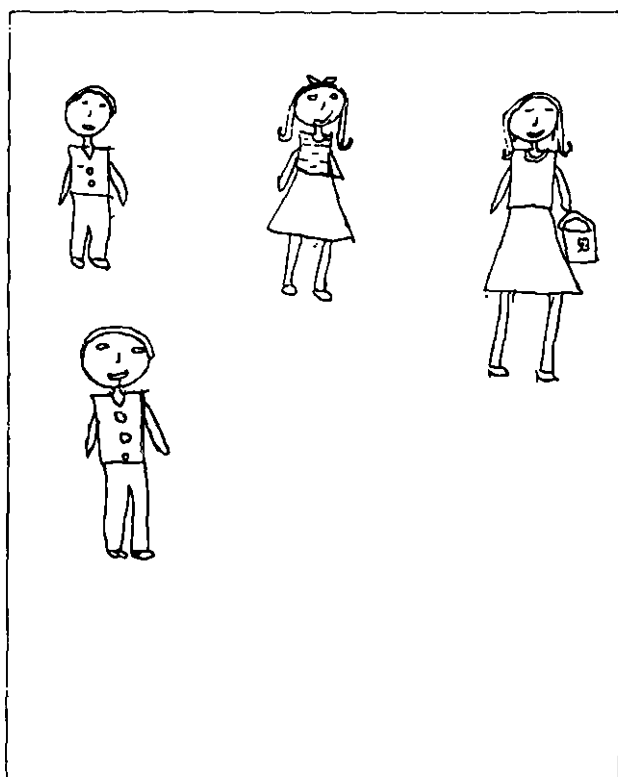
El control se pone además de manifiesto en "casas clisés" (chalet con caminos, árboles simétricos, flores a ambos lados del camino, etc.) y en el cierre y hermetismo de la casa.

A medida que surgen características más patológicas y mayor temor al fracaso de la defensa, reaparecen los índices mencionados (suciedad de la producción, etc.) y el detallismo expresado en puertas y ventanas, tejas en el techo, meticulosidad exagerada (por ejemplo, caminos con piedritas), aparición de cercos, etc.

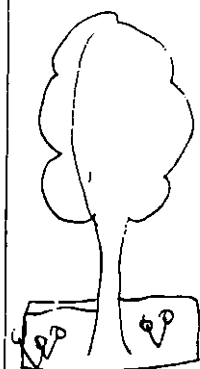
Arbol: preocupación por las conexiones formales, predominio de elementos redondeados (copa, terminación de las ramas), marcado límite a nivel de la tierra.

El fracaso de la defensa se evidencia en árboles con características muy impulsivas, discordantes con la producción gráfica previa, o, por el contrario, excesivo detallismo: sombreado meticuloso del tronco, dibujo de las hojas, características generales "pesadas" y endurecidas. (Ejemplos: *Casos nº 39 a 43.*)

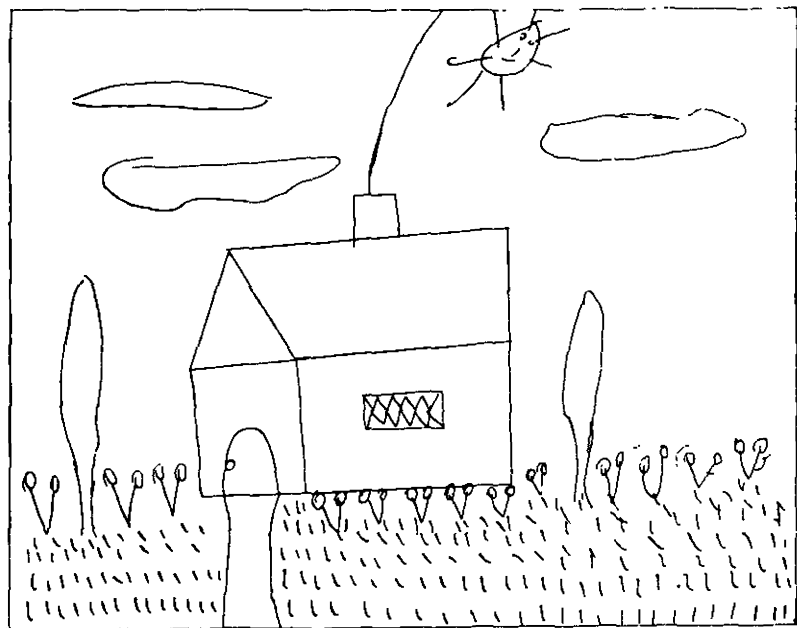
Caso nº 39: Edad, 10 años; sexo, femenino



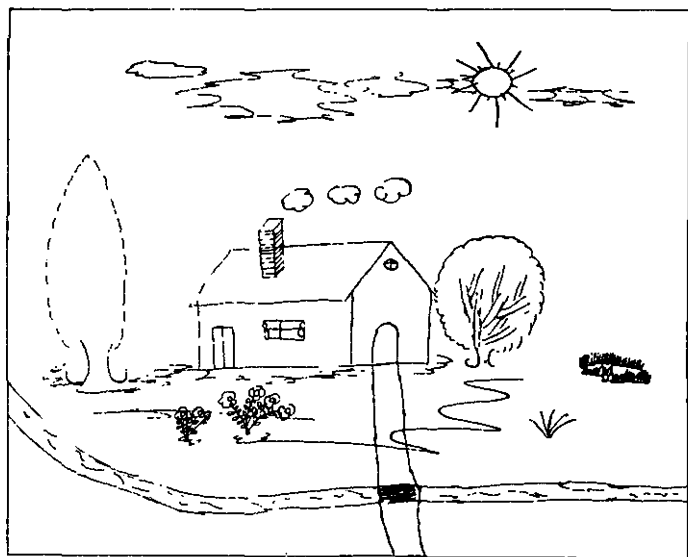
c) Test de la familia



d) H.T.P.



c) Dibujo libre

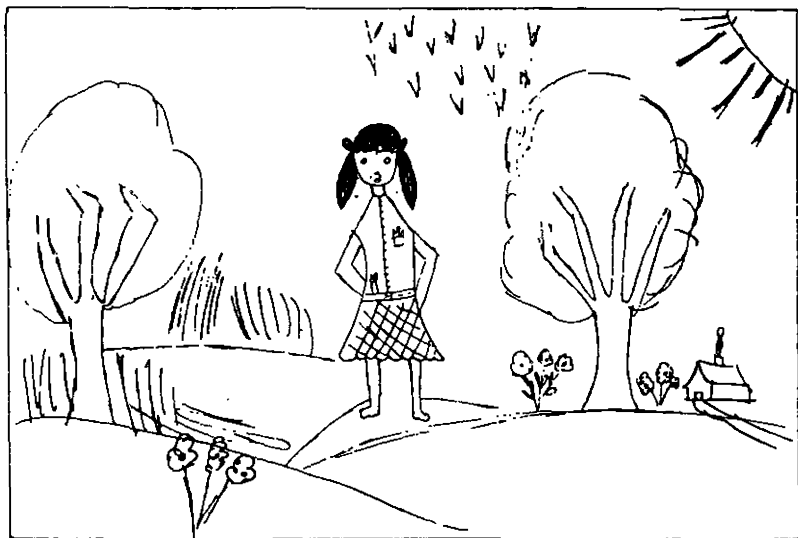


d) H.T.P.

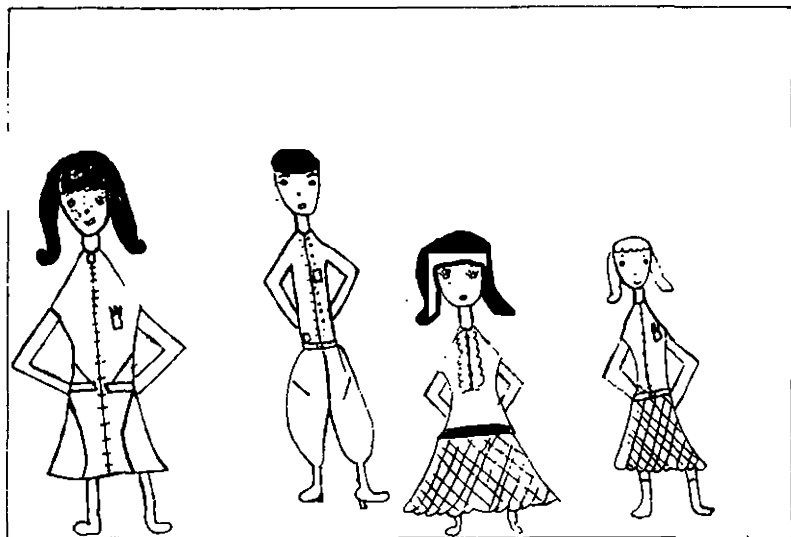
Ejemplos de niños

Caso nº 39: Niña de 10 años y **Caso nº 40:** Varón de 12 años. Observamos en el dibujo libre control de la impulsividad que se manifiesta en el orden, la simetría, el predominio de líneas rectas y el hermetismo de la casa. El fracaso en el control de la agresión se pone de manifiesto en el césped en punta (primer caso), y en las características impulsivas de las ramas del árbol y el césped de la derecha (segundo caso).

El exceso de control determina en el **Caso nº 40** rasgos de rigidez y empobrecimiento (limitación de la creatividad), que se manifiestan en la dureza y desconexión de las figuras del test de la familia, en la pobreza y soledad de la casa y más claramente en el dibujo del árbol (necesidad de aislamiento).



a) Dibujo libre

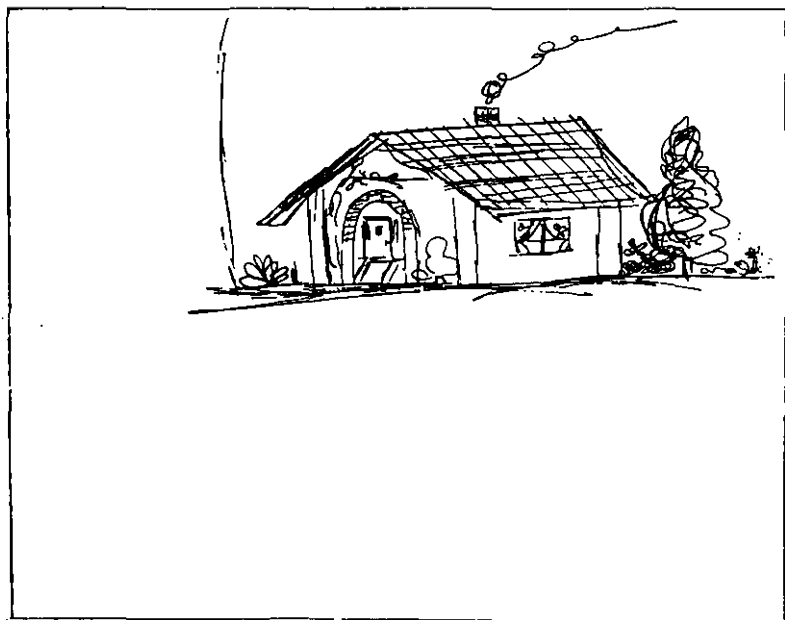


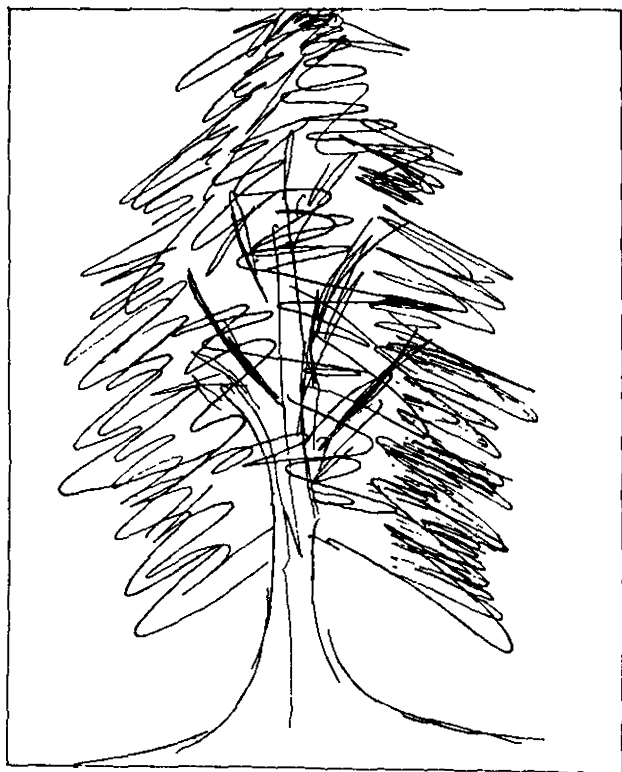
c) Test de la familia

Caso nº 41: Niña de 11 años. Dibujo libre. Preocupación por la simetría, orden, desplazamiento de la impulsividad y agresión a los "pájaros" y al "pasto" de la izquierda.

El exceso de control se evidencia en la figura humana, coartada, quieta, con preocupación por los detalles de la vestimenta. Los elementos agresivos se expresan en el cabello en "punta" y en el aspecto "ridículo" que da en el gráfico de la familia a la figura paterna.

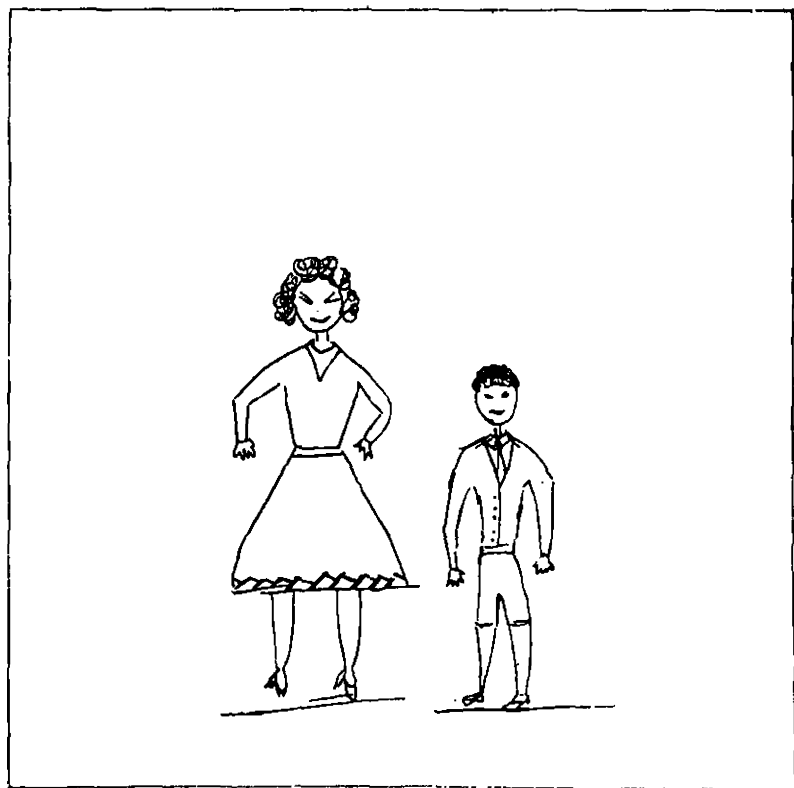
Caso nº 42: Edad, 23 años; sexo, femenino





d) H.T.P.

Caso nº 42: Mujer de 23 años. Intentos de control en la casa (techo) discordantes con el predominio neto de impulsividad en el dibujo del árbol (trazo, tipo de sombreado).



b) Test de la pareja

Caso nº 43: Mujer de 33 años. A pesar de los intentos de control expresados en los aspectos formales del gráfico, se imponen las características agresivas y dominantes en la figura femenina (expresión facial y brazos-zapatos en punta).

Aislamiento

El mecanismo de aislamiento consiste en la disociación primaria entre vínculos de amor y vínculos agresivos. Tiende a apuntalarla y mantenerla, evitando que los pares de disociados se unan en la fantasía o en la realidad pues dicha unión significaría la desorganización del yo fantaseada como caos o locura. Corresponde a un reforzamiento de los mecanismos de disociación esquizoides, sea porque se ha detenido la marcha hacia la situación depresiva, o por regresión. Puesto que la fantasía defensiva dominante es evitar la unión (vivida como catástrofe persecutoria), la posibilidad de síntesis está trabada y con ella la integración del yo y del objeto. El temor a que se unan los pares disociados crea la necesidad de mantener una distancia extrema respecto del mundo externo (para evitar ser movilizado emocionalmente) y la anestesia afectiva correspondiente al bloqueo. La patología del mecanismo depende de su intensidad y de su grado de dominancia. Puede ser adaptativo si su uso es instrumental (por ejemplo mantener aislada la angustia durante una situación de *stress* en la que es necesaria una conducta activa y eficaz).

Es más primario que la formación reactiva, implica marcado alejamiento afectivo y está unido a fantasías de control mágico omnipotente del objeto. Se presenta como defensa extrema en cuadros prepsicóticos, como control de mecanismos de identificación proyectiva excesiva (en cuyo caso protege del peligro de desorganización).

Aislamiento en los test gráficos

Características formales de la producción gráfica:

Dibujos pobres, fríos, con pocos contenidos, generalmente pequeños, con límites muy definidos y vacíos. Solos dentro de la hoja y en algunos casos recuadrados. El dibujo libre es pobre, rectilíneo, desarticulado, frío. Generalmente se grafican objetos materiales.

Características de las figuras humanas

1) Figuras con expresión desafectivizada, generalmente reducidas a la graficación de la cabeza (suele verse la cabeza enmarcada como un retrato). Sin movimiento, con mayor o menor grado de despersonalización. Acentuación paranoide de la mirada. La cabeza siempre enfatizada (control intelectual), puede aparecer como cabeza tipo "casquete" o "robot". El incremento de la patología del mecanismo se manifiesta en acentuación del cierre de las figuras y aumento de rasgos correspondientes a sentimientos de despersonalización.

2) La necesidad de mantener aislados los vínculos hostiles y afectuosos disociados se expresa por la creación de personajes antitéticos (como, por ejemplo, policía y ladrón: véanse gráficos de disociación).

Dibujo de la casa: Casa cerrada, pobre, aislada; no hay entorno, faltan caminos de acceso, las puertas y ventanas no existen, están cerradas o ubicadas muy altas.

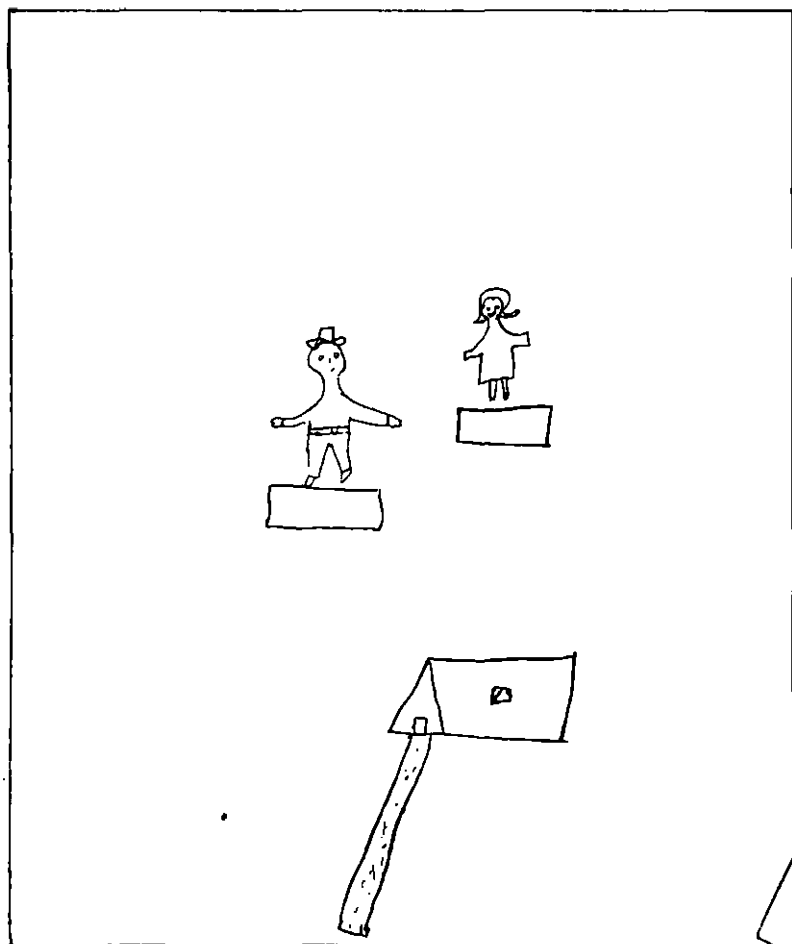
Cuando domina el temor al fracaso del mecanismo se incrementa el control: excesos de cerraduras en puertas y ventanas, cercos con aspecto agresivo (en punta), o inclusión de marcos (racionalizando la producción como "cuadros").

Cuando el aislamiento es la defensa dominante, son características la "casa-techo", "casa cercada", "el fuerte", etcétera.

Árbol: solo, aislado, cercado. Sin contenidos, poco follaje. Desconexión del tronco con las ramas o ausencia de ramas. Pueden producirse árboles aislados sin copa, con el tronco y las ramas en punta (agresivas) hacia el exterior. (Ejemplos: *Casos nº 3, 1, 44 a 49.*)

Caso nº 3: Niña de 5 años y 5 meses. Dibujo de la casa. Pobreza de contenidos, cierre excesivo, soledad, falta de entorno, falta de accesos. El aislamiento tiene por finalidad en este caso mantener la unidad, por temor a la desintegración psicótica. (Véase dibujo libre del mismo caso en el apartado de identificación proyectiva excesiva y mecanismos de *splitting*).

Caso nº 1 (véase identificación proyectiva): Niña de 5 años y 5 meses. Mantiene las características del caso anterior en cuanto a pobreza de contenidos, soledad y falta afectos; "casa-techo". En el árbol expresa su necesidad de mantener una actitud agresiva-defensiva frente al mundo para evitar la introyección desorganizante.

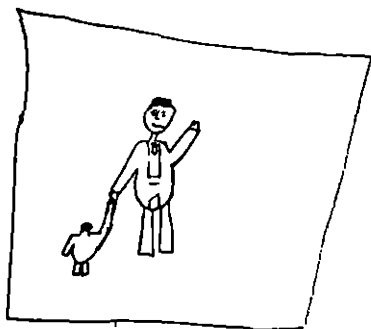


b) Test de la pareja

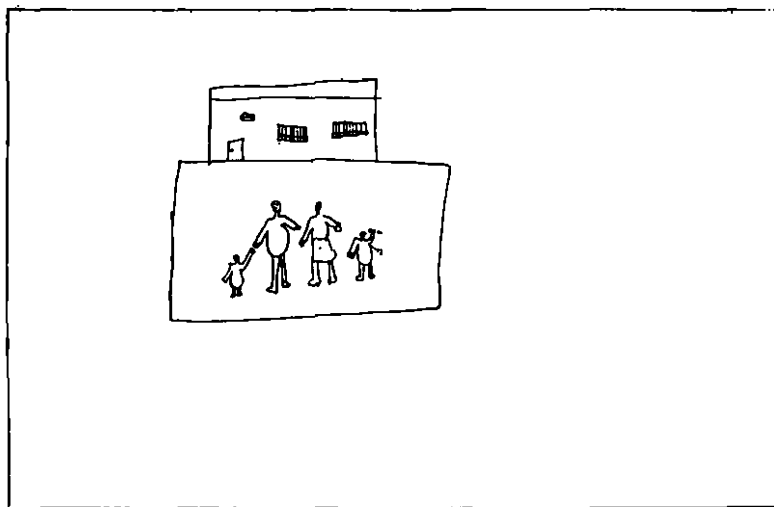
Caso nº 44: Varón de 8 años. Reaparecen en la casa las características mencionadas. Las figuras humanas se muestran paralizadas, vacías, con aspecto de muñecos (espantapájaros).

En los casos siguientes está expresado el aislamiento a través del “encasillamiento” de las figuras humanas (retratos) o las divisiones arbitrarias de zonas del gráfico.

Caso nº 45: Edad, 8 años; sexo, masculino



b) Test de la pareja



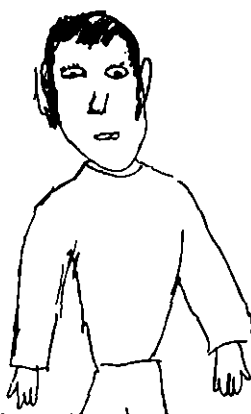
c) Test de la familia

Caso nº 45: Varón de 8 años. Casa fachada, inadecuada noción de perspectiva e inadecuada racionalización del recuadro (grave desadaptación a la realidad).



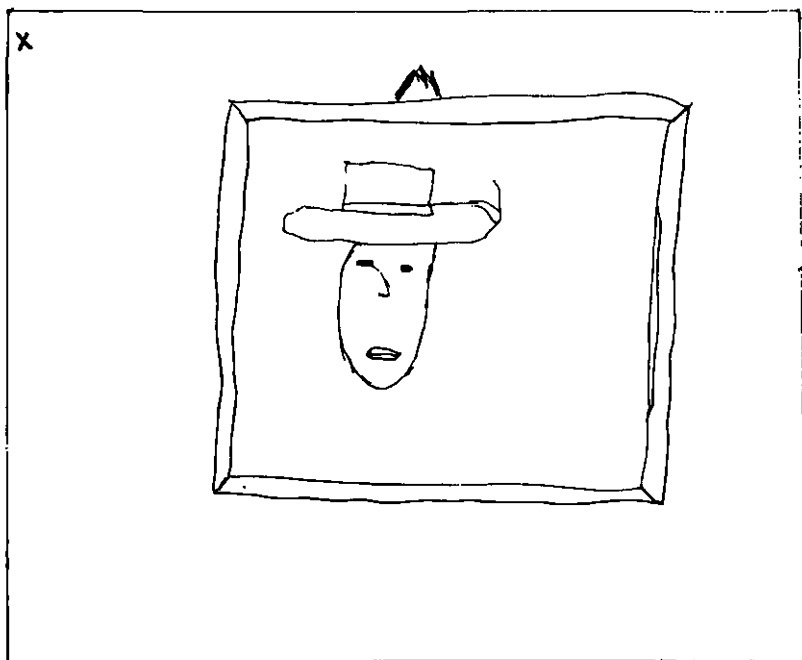
b) Test de la pareja

Caso nº 46: Adulto, hombre de 36 años. Aquí se expresa la necesidad de mantener aislados dos aspectos disociados de la personalidad, en forma rígida e infantil.

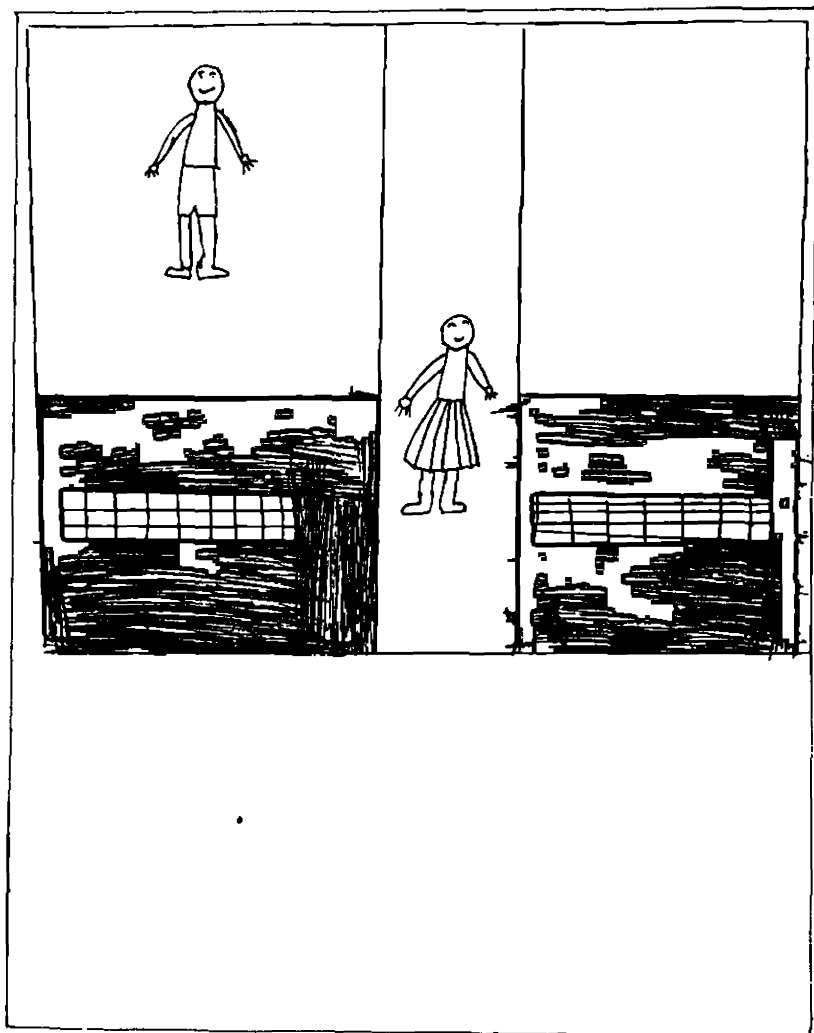


b) Test de la pareja

Caso nº 47: Hombre de 23 años. Ejemplifica disociación y aislamiento de dos aspectos de la personalidad. (Está enfatizado el control paranoide y la producción presenta además características homosexuales.)



a) Dibujo libre



b) Test de la pareja

Caso nº 48: Varón de 8 años y **Caso nº 49:** Mujer de 9 años. Se expresa el aislamiento por la creación de líneas divisorias rígidas que mantienen separados a los personajes entre sí y con el mundo externo.

Se apoya en el mecanismo de disociación, y como los otros mecanismos obsesivos controla el vínculo agresivo con el objeto. Apela a fantasías mágico-omnipotentes muy intensas, cuyo contenido es que una fantasía "buena" o un acto "bueno" pueden borrar, anular, otra fantasía o acto previo "agresivo". Ambos vínculos están simultáneamente presentes, o pueden presentarse sucesivamente en el tiempo no surgiendo conflicto gracias a la fantasía omnipotente de anulación y a la intensidad y rigidez de los mecanismos de disociación y de aislamiento. La anulación, en la medida en que evita la integración depresiva del objeto y refuerza la disociación, ataca la capacidad de síntesis. Corresponde a niveles primitivos basados en la omnipotencia y magia del pensamiento y de la acción. Consume gran energía psíquica ya que el aspecto peligroso del vínculo se impone al yo en forma constante.

En una personalidad adaptada suele presentarse bajo la forma de pedido de perdón o disculpas. Como mecanismo dominante corresponde a situaciones muy patológicas, personalidades prepsicóticas, neurosis obsesivas graves o psicopáticas. Trae aparejado un empobrecimiento, tanto afectivo como intelectual. Significa un intento de mantener rígidamente los mecanismos de disociación esquizoide.

Mecanismos de anulación en los tests gráficos

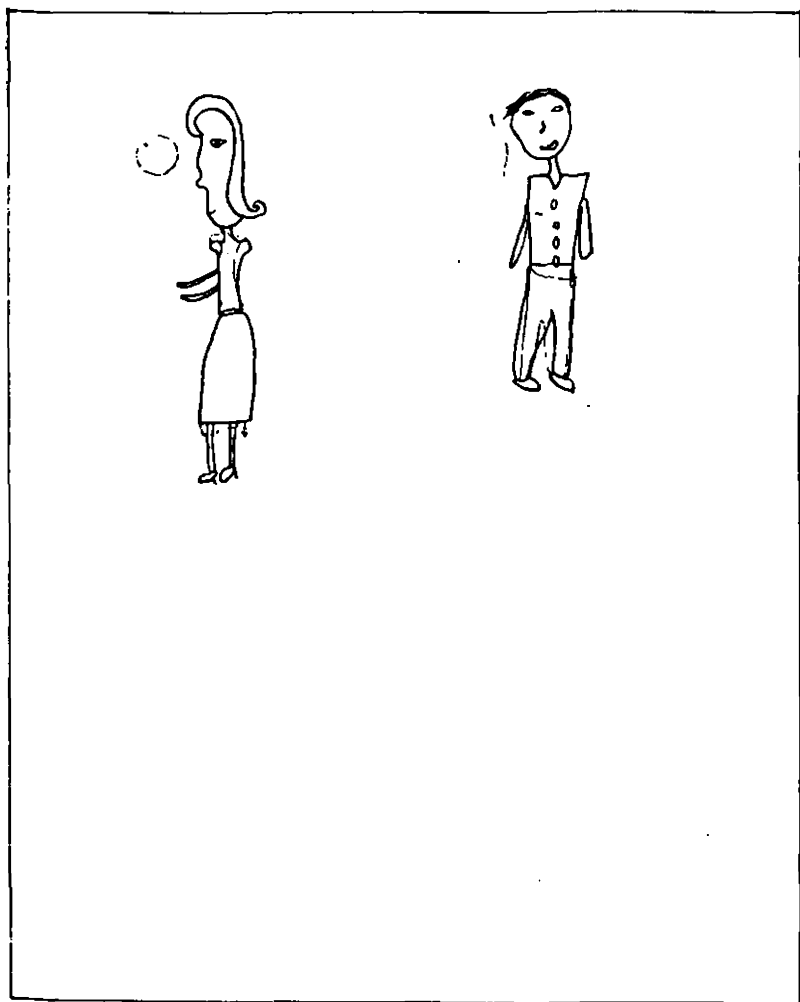
Anular implica borrar, tapar, y esto se expresa en los gráficos a través de ciertas conductas concretas:

- 1) Necesidad permanente de borrar el gráfico ya realizado o algunas de sus partes.
- 2) Borronear y ensuciar (racionalizando sombreado) partes o zonas.
- 3) Dibujar sobre un objeto gráfico ya realizado ocultándolo.
- 4) Tachar figuras.

El intento de limpiar, ordenar y pulir el dibujo generalmente no se logra y resultan gráficos sucios o borroncados.

Las evidencias gráficas más claras del fracaso en los intentos de anulación corresponden a los casos en que el objeto anulado sólo se tacha o se borra mal de manera que permanece gráficamente presente.

La anulación puede darse entre el objeto gráfico y la verbalización correspondiente.



b) Test de la pareja

Historia

Beatriz y Mario.

Esa señora que yo he dibujado se llama Beatriz y otra Mario. Esas personas son muy buenas y lindas conmigo, me llevan a pasear y juegan conmigo.

Caso nº 50: Niña de 10 años. a) Frecuentes borraduras (un óvalo-cara a la izquierda de la mujer, los brazos de ésta y de la figura paterna, la cabeza de éste). b) El aspecto poco protector, retraído, falto de afecto, distante, atribuido gráficamente a la madre, y los caracteres débiles y ausentes adjudicados a la figura paterna se anulan en la producción verbal, en la que se destaca el aspecto bondadoso y "empático" de los padres.

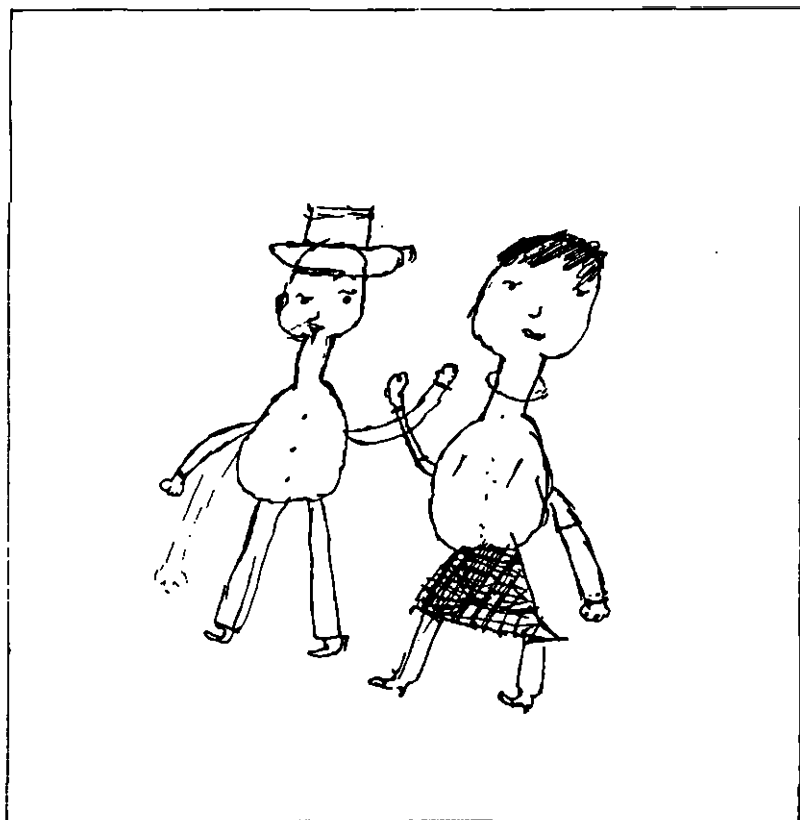
Caso nº 51: Edad, 30 años; sexo, femenino



b) Test de la pareja

Hermoso es esto de amar, hermoso es esto de querer, hermoso es que tus labios se unan con los míos y desborde amor. Es puro como este amor que siento, es bueno como el pensamiento de un niño, suaves labios de terciopelo. Amor, amor es lo que siento.

Caso nº 51: Mujer de 30 años. La anulación se manifiesta en forma semejante al caso anterior tanto en el aspecto gráfico como en la relación de las figuras gráficas (desorganizadas paranoideas e infantiles) con la verbalización (figuras adultas, desbordantes de amor e intentos de unión).



b) Test de la pareja

Esta pareja estaba enamorada y al otro día iban a casarse.

Caso nº 52: Anulación verbal de la agresividad registrada gráficamente. Anulación con características psicóticas por el grado de negación implicado.

Mecanismo de regresión

La regresión es la reactualización de vínculos objetales correspondientes a momentos evolutivos ya superados en el desarrollo individual. El yo claudica frente a situaciones actuales que no puede resolver y apela a modalidades de relación evolutivamente más primitivas, que en su momento fueron eficaces para mantener el equilibrio.

La regresión puede implicar una modificación estructural de la personalidad (que se reorganiza entonces en un nivel más primario), o puede limitarse a afectar a determinados vínculos o funciones. (Por ejemplo: reactivación de dependencia limitada a figuras paternas, a diferencia de regresión total a la actitud oral-receptiva-pasiva infantil.)

Como mecanismo normal se expresa cotidianamente en el dormir y en el soñar; evolutivamente la regresión está unida a la necesidad de progresión, ya que nunca se evoluciona de manera lineal, sino que se producen pequeñas regresiones al estado inmediato anterior.

Procesos tales se presentan como consecuencia natural de situaciones dolorosas llegando a ser indispensables para su elaboración. (Por ejemplo: en situaciones de duelo la reactualización de actitudes oral receptivas, la reactivación de la dependencia y el corte transitorio con el mundo externo implican procesos de regresión indispensables para el logro de un buen desprendimiento del objeto perdido.)

Cuando la regresión se pone al servicio del yo, hace posible la conexión con fantasmías inconscientes que lo favorecen y enriquecen, constituyendo la base de los procesos creativos.

La regresión patológica implica una regresión estructural, reversible o no, a puntos disposicionales perturbados en el desarrollo. H. Segal: "En la enfermedad psíquica se produce siempre una regresión a fases del desarrollo en las que ya estaban presentes perturbaciones patológicas, que crearon bloqueos y constituyeron puntos de fijación".

En la tarea psicodiagnóstica nos interesa determinar cuáles son las posibilidades de regresión, cuáles son las posibles situaciones tensionales desencadenantes y a qué nivel de organización (neurótica o psicótica) conducirá tal regresión.

La regresión en los tests gráficos

1) A través del análisis de la secuencia de gráficos:

a) Reactivación de características más regresivas y progresiva desorganización en la secuencia de gráficos (por ejemplo mayor desorganización en el H.T.P. que en la pareja o desorganización progresiva en figura humana-casa-árbol).

b) Incremento y exacerbación progresiva de control obsesivo (reforzamiento, sobredetallismo, etc.), unido a un mayor empobrecimiento y confusión del objeto logrado.

2) A través de elementos de un mismo gráfico (figura humana, por ejemplo, o casa):

a) Presencia de zonas rotas, derruidas, o arbitrarias, "raras". (Por ejemplo, casas en ruinas, con roturas.)

b) Pérdidas de equilibrio: figura humana, casa o árbol cayéndose o en peligro de derrumbe.

3) Por la dirección del movimiento de las figuras (hacia la izquierda) o hacia abajo (en pendiente).

(Ejemplos: *Casos nº 53 a 56*. Véase nuevamente *Caso nº 4*.)

En el *Caso nº 4* la pareja presenta índices de desorganización en las zonas abiertas, rigidez postural y expresión de pánico. Sin embargo las características humanas están conservadas. En el H.T.P. la figura del hombre da claros índices de regresión en relación con la anterior (dificultad para darle aspecto humano, confusión de trazos, hombre tirado, sin fuerza, muerto, expresa la claudicación del yo).

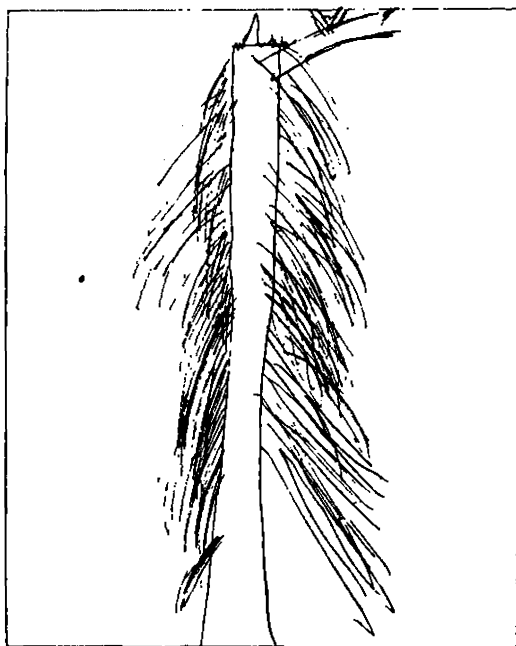
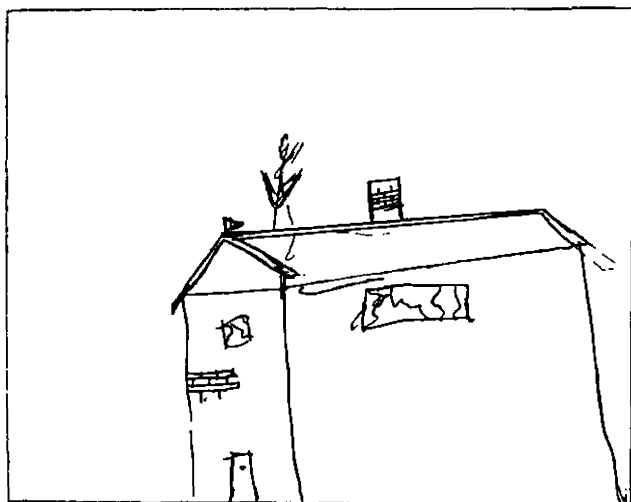


a) Dibujo libre

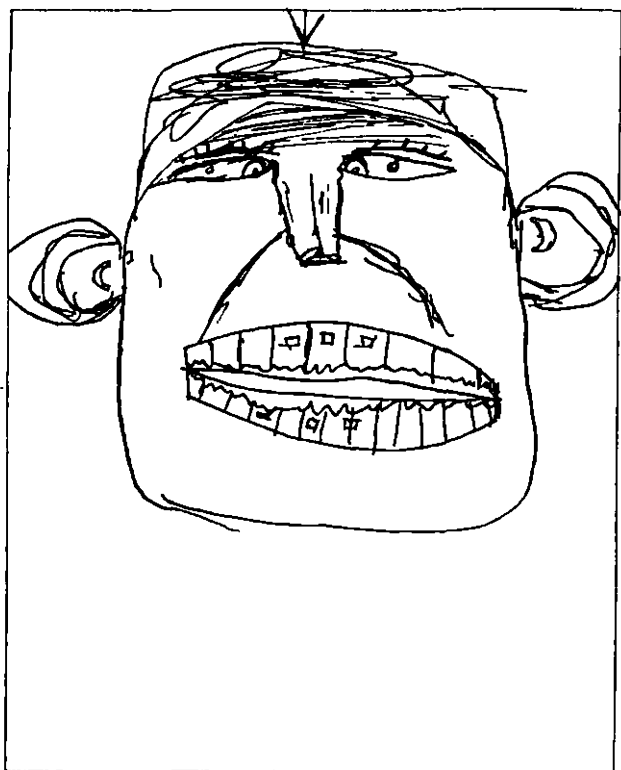


b) Test de la pareja

2) *Caso nº 53*: Hombre de 28 años. Dibujo libre-test de la pareja: El dibujo libre expresa competencia y necesidad de satisfacer tendencias exhibicionistas de poder y masculinidad dentro de límites formales adaptados. La pareja indica el fracaso del desplazamiento y la necesidad de apelar al exhibicionismo sexual directo.



d) H.T.P.

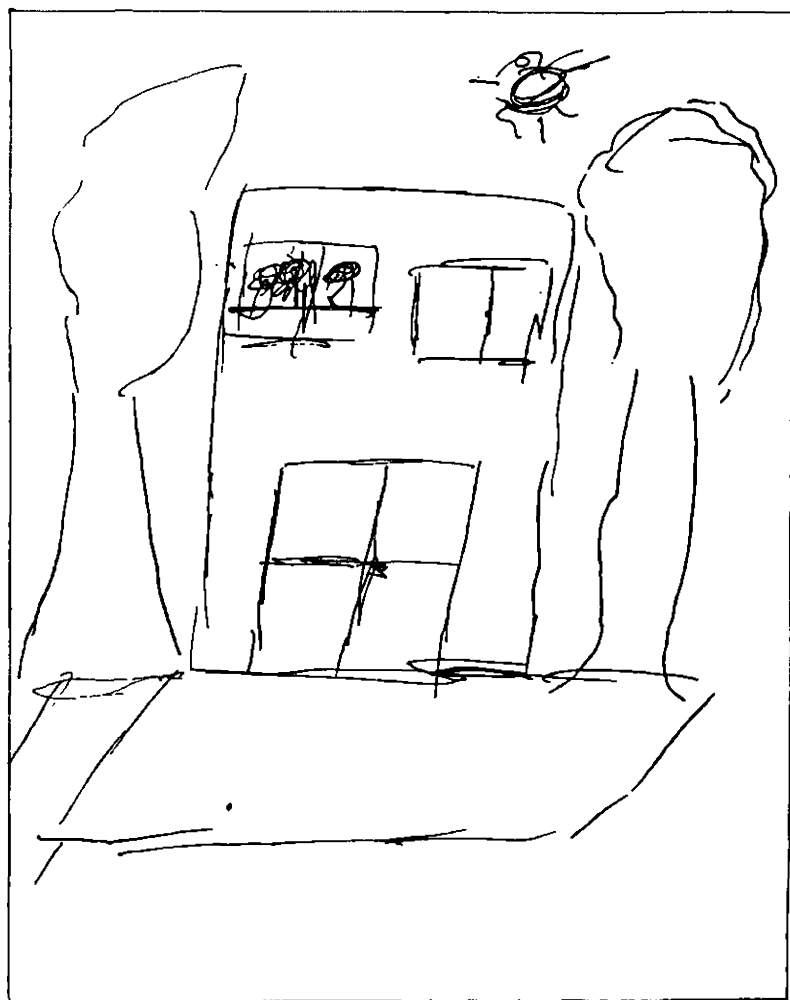


a) *Dibujo libre*

Caso nº 54: Varón de 8 años. En la secuencia y en un mismo gráfico. En este caso existe la posibilidad de regresión a situaciones psicóticas:

a) En la secuencia la casa conserva características formales, el árbol indica intenso aislamiento y construcciones agresivas extrañas (parte superior) que culminan en una figura humana con características monstruosas, persecutorias y detalles bizarros (cabello, orejas, detalles de los dientes).

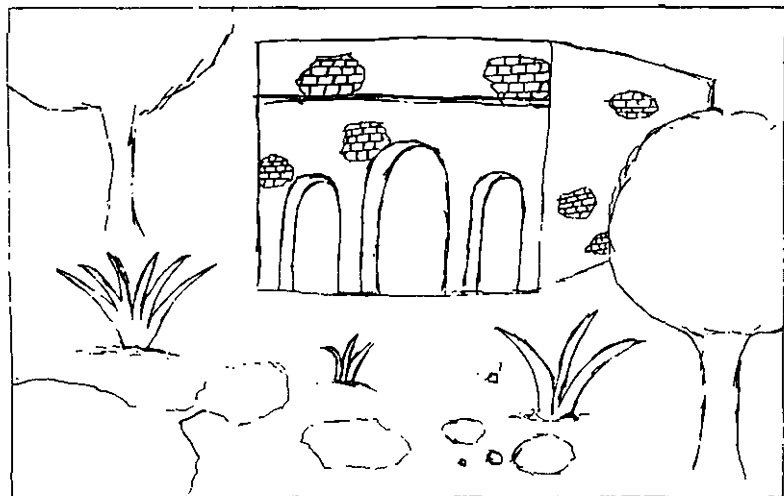
b) Tomando el primer gráfico de la secuencia (la casa), los índices de procesos de desintegración se evidencian en las roturas de las paredes, ventanas y puertas y en el "crecimiento" de una planta en el techo (detalle psicótico).



d) H.T.P.

Caso nº 55: Mujer de 24 años. "Casa fachada", peligro de derrumbe de la construcción.

Caso nº 56: Edad, 12 años; sexo, masculino



d) H.T.P.

Caso nº 56: Varón de 12 años. Casa en ruinas - roturas.

Desplazamiento

Subyace a este mecanismo la necesidad de disociar el vínculo agresivo del vínculo amoroso con el objeto, proyectando ambos en los objetos externos. Las características persecutorias adjudicadas al objeto externo odiado son trasladadas (desplazadas) a otro u otros objetos externos que pasan a ser temidos y evitados en tanto son depositarios de fantasías agresivas.

Este es el mecanismo latente de las fobias. Freud lo estudió por primera vez en el "caso de Juanito"; en él las fantasías terro-ríficas respecto de la relación con el padre fueron desplazadas a los caballos. El desplazamiento tiene como finalidad proteger el vínculo con el objeto externo necesitado, ubicando el temor (y latentemente el odio) en otros no tan necesitados, a los cuales se puede evitar y odiar y por cuya pérdida no se sufre. Esto alivia al yo del peligro y del dolor, permitiéndole ubicar impulsos (de morder, ahogar, invadir, etc.) y partes corporales (dientes, genitales, etc.) en el objeto externo (Identificación proyectiva).

En la evolución normal el desplazamiento está presente en los procesos de generalización y formación de símbolos.

Cuando apunta a detalles mínimos es un mecanismo típico de técnicas obsesivas; la preocupación se concentra en aspectos o detalles de la realidad no esenciales, pero sobre los cuales se han desplazado situaciones vinculares emocionalmente cargadas.

Tal el desplazamiento de "abajo hacia arriba" que corresponde a una necesidad de ubicar en la parte superior del cuerpo conflictos referidos a las funciones y órganos genitales. Este tipo de desplazamiento puede estar presente en conversiones histéricas (por ejemplo ecuación garganta-vagina) o en conflictos referidos al rendimiento intelectual (ecuación potencia intelectual con potencia sexual o con posesión de un pene).

Desplazamiento en los tests gráficos

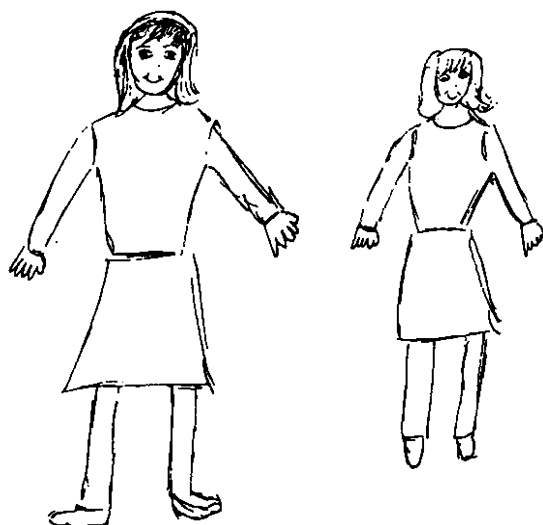
Lo "desplazado" varía de un caso a otro, siendo en término generales un vínculo conflictivo con el objeto necesitado en el que está contenido siempre una función, una parte corporal, o un impulso vivido como peligroso. Se expresa graficamente en:

1) Necesidad de adicionar un nuevo objeto depositario y simbolizante del vínculo (Ejemplo: *Caso nº 57.*)

2) Ubicación de la situación conflictiva en objetos accesorios del gráfico, en el "fondo" o "decorado" del objeto gráfico requerido en la consigna. (Ejemplo: *Casos nº 58 y 59.*)

3) En la figura humana. Ubicación de la situación conflictiva en zonas corporales no conflictivas (por ejemplo preocupación por la potencia sexual desplazada en el dibujo de la corbata o de la nariz) o en detalles de la vestimenta. (Ejemplo: *Caso nº 60.*)

Caso nº 57: Edad, 7 años; sexo, femenino

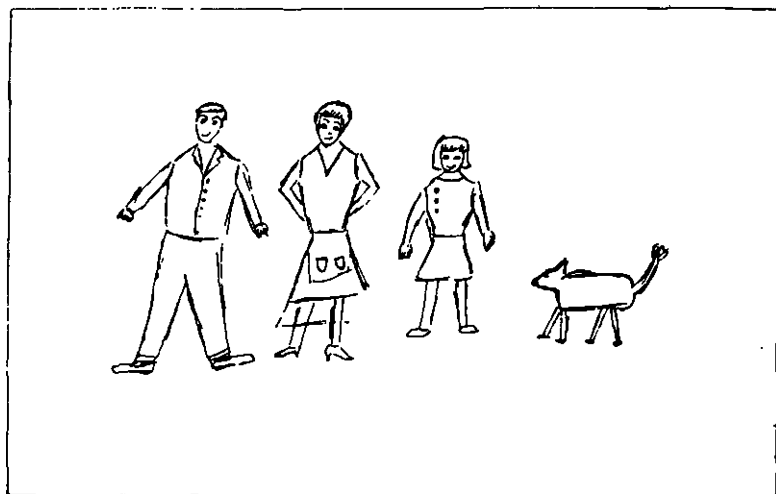


b) Test de la pareja

Caso nº 58: Edad, 7 años; sexo, femenino



d) H.T.P.



c) *Test de la familia*

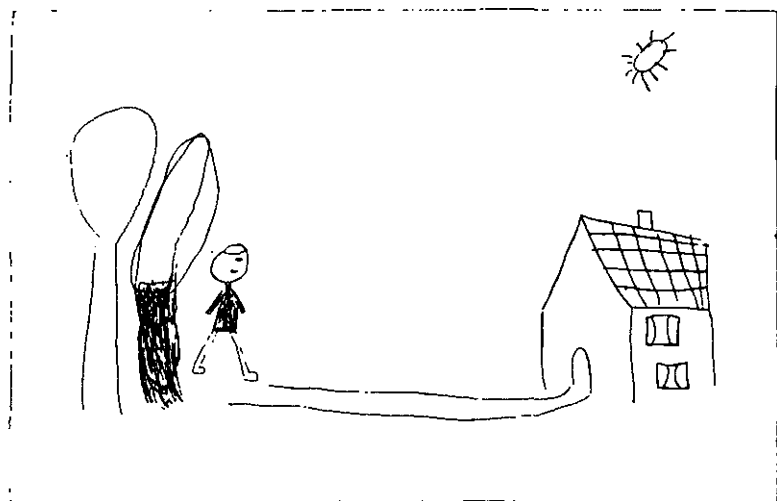
Caso nº 57: Niña de 7 años. a) La agresión con características canibalísticas está desplazada en la figura del perro con los dientes marcados. Las figuras humanas tienen las bocas cerradas y sonrientes; b) La preocupación y necesidad de contacto oral nutricio con la madre se expresa en los "bolsillos-pechos" del delantal, en cambio anula (no hace) los pechos en la figura femenina adulta.

Caso nº 58: Niña de 7 años que presenta síntomas de depresión durante el embarazo de su madre. En la figura femenina ("una mamá") está remarcada la cintura pequeña y aparece tachada la zona del vientre como intento de anulación y negación de la situación del embarazo.

El conocimiento del embarazo está simbolizado y desplazado:

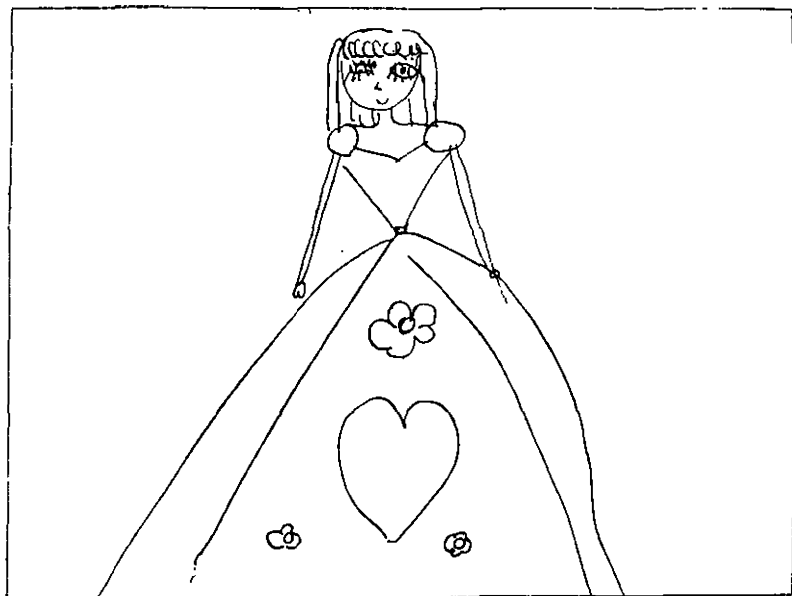
- 1) Fundamentalmente en la "ardillita" del hueco del árbol.
- 2) En la cartera el deseo de "hacer caer al bebé".
- 3) Desplazamiento corporal de abajo hacia arriba: elementos decorativos sobreagregados (moño, aros, collar).

Caso nº 59: Edad, 7 años; sexo, masculino



d) H.T.P.

Caso nº 59: Varón de 7 años. Fantasía de pene invaginado ubicada en el árbol. Dibuja primero una manzana con un cabito y luego lo transforma en un árbol. Junto con el mecanismo de desplazamiento se manifiesta la anulación.



a) Dibujo libre

Caso nº 60: Niña de 9 años. Deseo de crecer y poscer un cuerpo capaz de tener hijos y formas femeninas (pechos). Aparece en el gráfico en:

a) Las mangas abultadas (desplazamiento hacia arriba del deseo de tener pechos).

b) Preocupación por sus genitales y posibilidades procreativas (simbolizadas y desplazadas en el corazón y las flores del vestido).

Véase **Caso nº 6** en Identificación Proyectiva Inductora: se evidencia preocupación por la impotencia sexual expresada en la sobreacentuación de la nariz y corbata.

Fenoménicamente se manifiesta como "lagunas" en el pensar, sentir o verbalizar. Es el olvido no intencional de hechos, fantasías, ocurridos en la realidad externa o interna. Implica la necesidad de mantener disociados (olvidados) aspectos del vínculo objeto vivos como conflictuales o peligrosos.

Está relacionado en parte con el mecanismo de negación (responde a la fantasía "necesito no conocer tal aspecto mío y del objeto; si no lo conozco no existe"). Supone el mecanismo de disociación, aunque es más evolucionado y adaptativo que la disociación.

Dentro de la teoría kleiniana en la evolución normal la represión es la heredera del mecanismo de disociación, y se hace posible como resultado de la elaboración de la etapa depresiva.

La represión como mecanismo adaptativo marca la posibilidad de clivaje entre las fantasías y entre la vida consciente e inconsciente. Tal clivaje se refiere no a una división rígida e irreversible sino a una membrana permeable, porosa, que aunque posibilita la separación de ambos aspectos de la realidad psíquica, permite al yo conectarse con fantasías o recuerdos funcionalmente reprimidos.

Como mecanismo adaptativo mantiene operativamente disociadas las fantasías inconscientes, las que se movilizan frente a cualquier contacto con los objetos o situaciones externas; si fueran totalmente conscientes imposibilitarían el contacto con la realidad. Favorece el buen funcionamiento psíquico mediante el olvido de lo trivial, lo accesorio y secundario.

Como mecanismo neurótico funciona a la manera de un "dique de contención", provocando empobrecimiento y bloqueo. H. Segal se refiere a las causas de tal rigidez: "Si la disociación temprana ha sido excesiva la represión posterior será de excesiva rigidez neurótica. Cuando la escisión temprana ha sido menos severa la represión lesionará menos al sujeto y el inconsciente estará en mejor comunicación con la mente consciente".

La represión empobrece al yo en tanto lo limita en sus funciones mnémicas y perceptivas (para evitar el recuerdo del vínculo temido el sujeto necesita "no ver" aquellos aspectos de la realidad y de los objetos externos que podrían hacer "recordar" o despertar los impulsos y necesidades reprimidas). Es un mecanismo "mu-

do", que se expresa por la "falta de" (recuerdos, afectos, etc.), más que por el reforzamiento de determinadas conductas. (Por ejemplo: la formación reactiva implica una necesidad permanente de reforzar el vínculo amoroso para controlar el vínculo hostil en la relación ambivalente con el objeto. En la represión, el conflicto ambivalente se resuelve por la "ausencia de afecto", indiferencia.)

La represión en los tests gráficos

Dado el nivel evolutivo avanzado al que corresponde el mecanismo de represión, supone un grado de buena organización de la personalidad y por lo tanto del esquema corporal:

Las figuras humanas son completas y armónicas, con ubicación espacial y tamaño adecuados. La *Gestalt* está conservada. Según la intensidad de la represión puede aparecer pobreza de contenidos y aspecto rígido (falta de movimiento o movimiento coartado). Figuras armoniosas y agradables con baja sexualización.

La preocupación y lucha contra tendencias exhibicionistas y erotismo corporal se evidencia en:

a) Figuras armoniosas pero no sexuales, muy vestidas, "tapadas" (poca preocupación por los detalles de la vestimenta).

b) Falta de rasgos sexuales secundarios, cortes marcados en la cintura, corte de la figura a nivel genital o tronco solo. Énfasis en la cabeza, cabello y ojos.

c) Expresión directa del conflicto a través de figuras humanas antitéticas en cuanto a exhibicionismo (bailarina, mujer seductora, etc. y figura vestida, tapada).

d) La disociación puede ponerse de manifiesto entre la realización gráfica y la verbal. Por ejemplo: figuras gráficas muy seductoras y exhibicionistas y escotomización de estas características centrales en la verbalización.

La intensidad o grado de la represión se pone de manifiesto en:

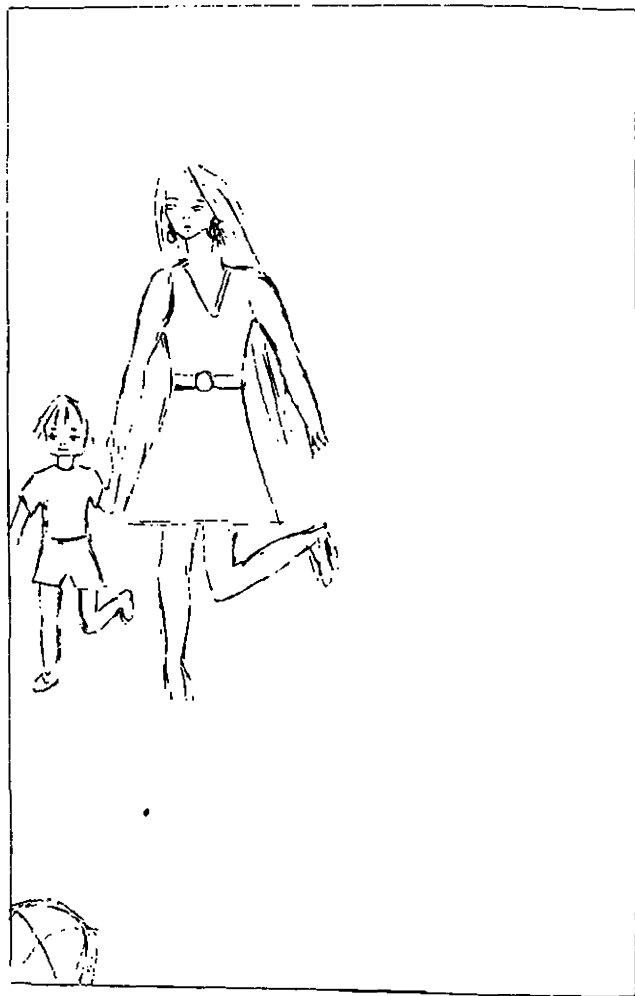
a) Figuras rígidas y coartadas en sus movimientos.

b) Figuras pobres en cuanto a contenidos.

c) Distancia entre los pares disociados cuando éstos aparecen graficados.

En el dibujo de la casa y del árbol se mantienen como características generales: buena organización gestáltica, adecuada relación de partes, adecuado tamaño y ubicación espacial, características armónicas. Vacío y pobreza de contenidos variables según grado de rigidez y control de la defensa.

En la construcción de la casa predomina la preocupación por los ventanales, aunque el aspecto general es cerrado.



b) Test de la pareja

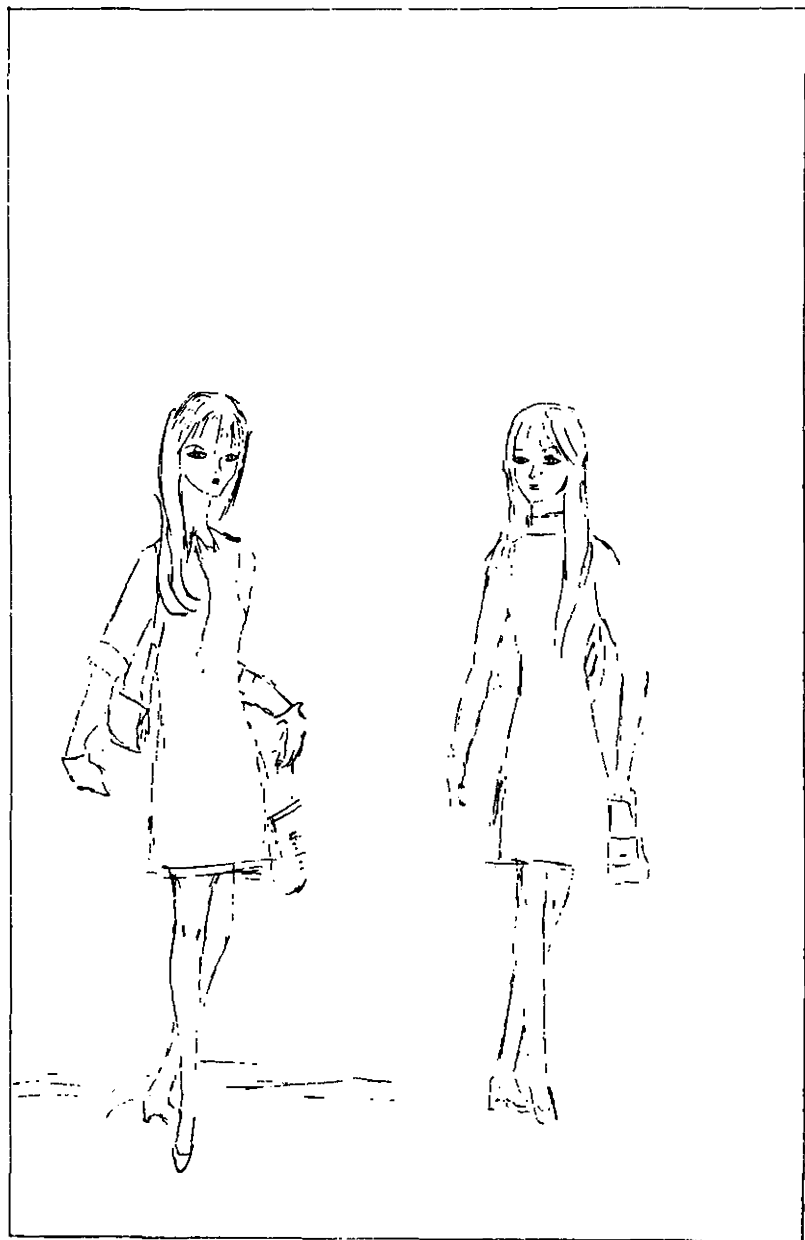
La plaza

La madre de Luis, María, todas las tardes después de almorzar lo lleva a su hijo a la plaza a tomar un poco de aire y sol.

Su hijo, mientras juega, ella teje para el próximo bebé.

A veces, que se cansa de coser o tejer, entonces los dos juntos corretean por la plaza con su pelota de varios colores.

Caso nº 62: Edad, 16 años; sexo, femenino



b) Test de la pareja

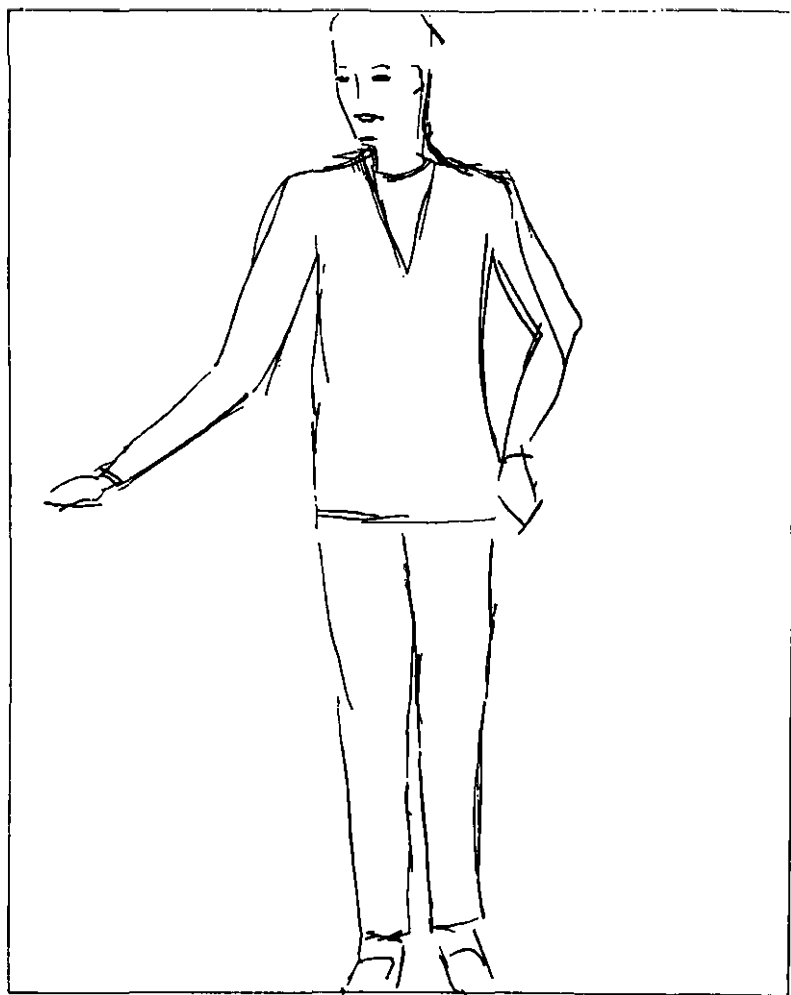
El destino

Es la historia de dos hermanas que fueron separadas cuando eran pequeñas, a causa de la muerte de su madre. Su padre consideró razonable la idea de encomendar a cada una a una tía y así es como transcurrieron los años sin volverse a ver.

Virginia siguió arte escénico y debido a su gran talento no tardó en convertirse en una figura de fama mundial. Por su parte María José se inclinó por abogacía, adquiriendo rápidamente gran renombre por su sagacidad y perspicacia, y sobre todo por su honestidad.

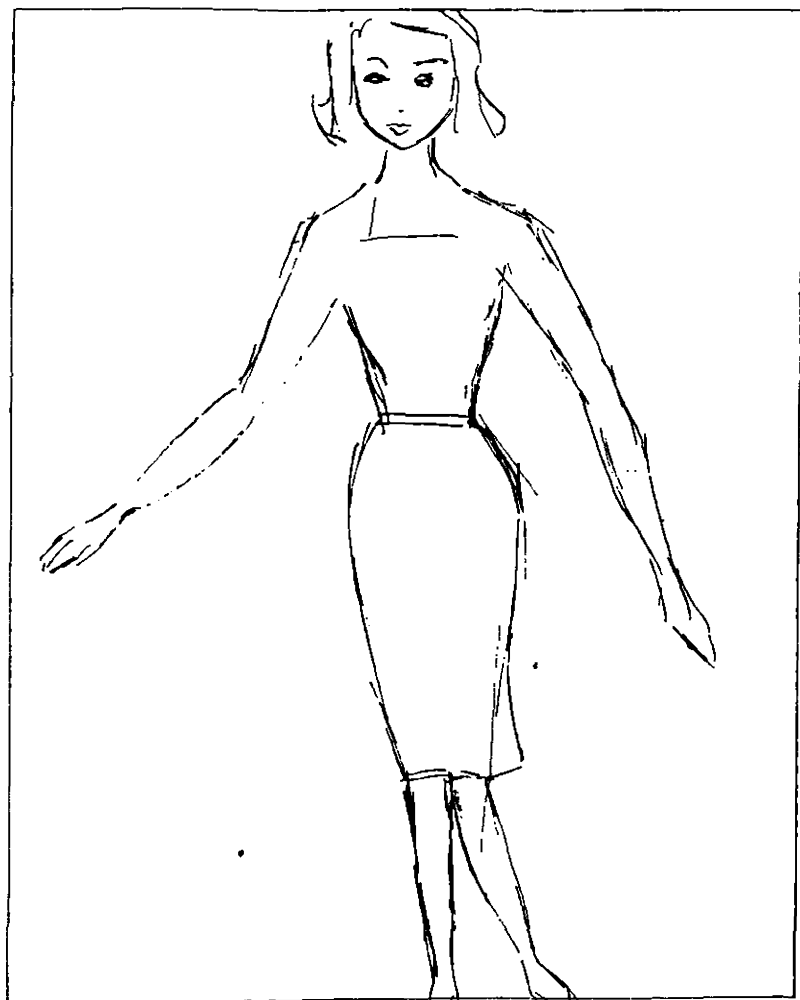
Cierta vez, durante una de sus acostumbradas giras, Virginia se vio complicada accidentalmente en un asesinato; entonces, al tener que elegir un abogado defensor su representante artístico le aconsejó contratar a una joven abogada cuyo prestigio era reconocido por todos.

Y así es como por capricho del destino las dos hermanas se encuentran y, al probar María José la inocencia de Virginia, inician ambas una nueva vida juntas.



Conducta observada en el Test de Machover

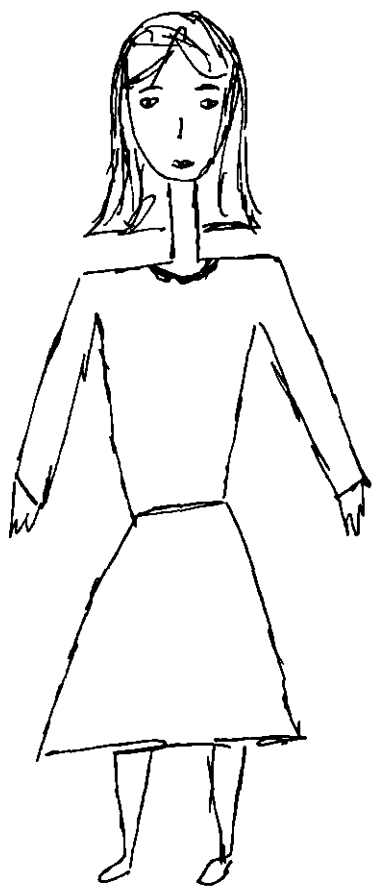
Respira con ansiedad. Se ríe y me dice que al darle la consigna pensó en hacer un dibujo donde me pudiera engañar lo más posible, pero que va a hacer lo que le salga.

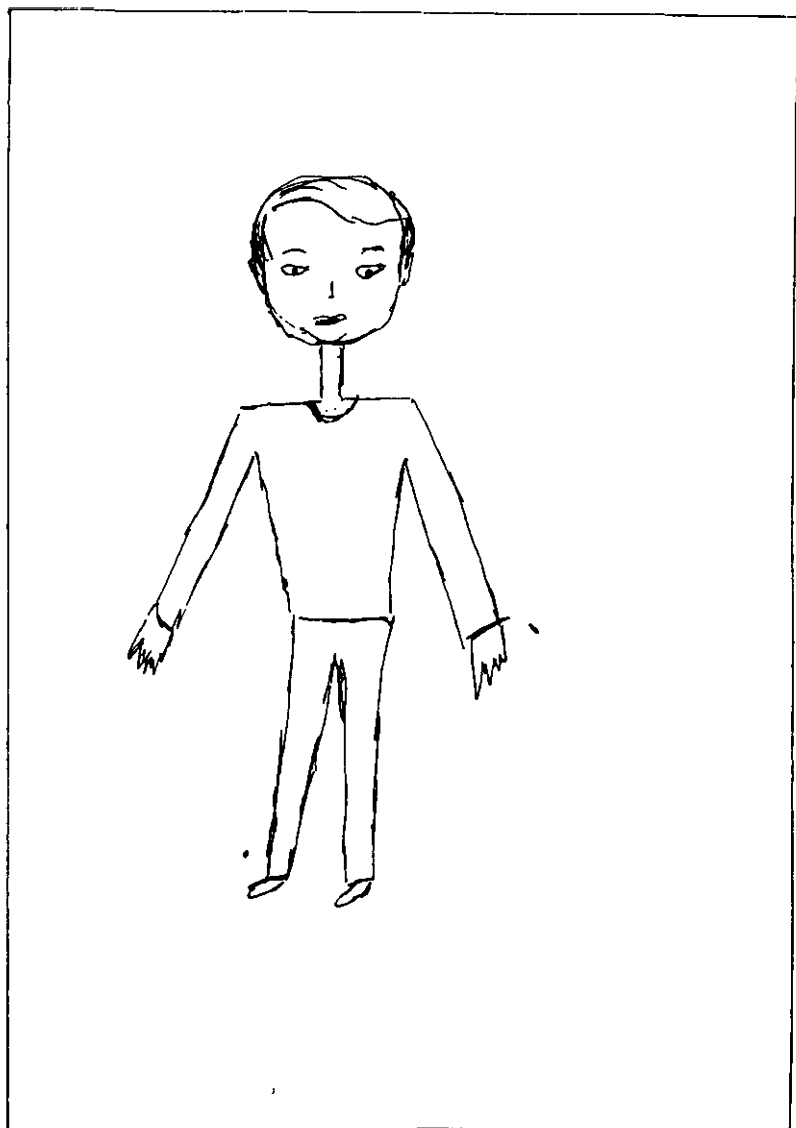


b) Test de la pareja

Me pregunta: "¿Cualquier sexo dibujo?" "A pesar de que soy dibujante no me va a salir bien porque siempre necesité un modelo para dibujar."

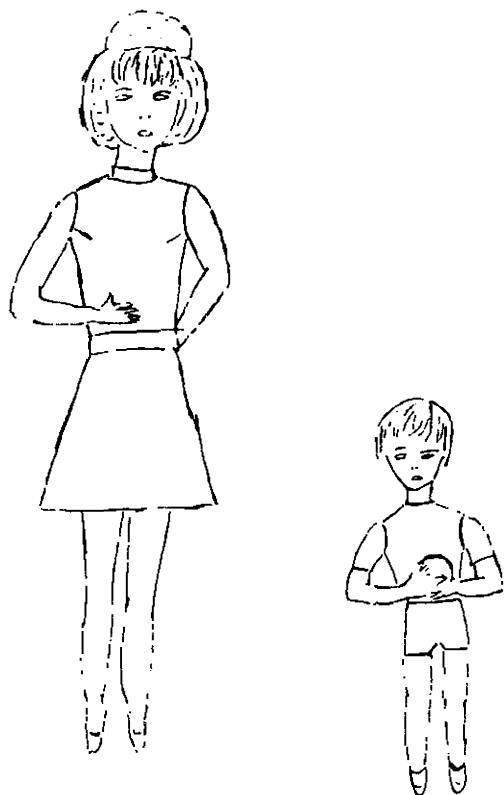
Realiza primero el dibujo de la figura femenina, suspira con gran frecuencia y hace un gesto de disgusto. Al finalizar me dice: "Es una figura muy estática, le hace falta actuar".





b) Test de la pareja

Caso nº 65: Edad, 28 años; sexo, femenino



b) Test de la pareja

Caso nº 61: Adolescente, mujer, 17 años; *Caso nº 62:* Adolescente, mujer, 16 años; *Caso nº 63:* Adulto, mujer, 38 años; *Caso nº 64:* Adolescente, mujer, 17 años; *Caso nº 65:* Adulto, mujer, 28 años.

Se observa una gradación en la intensidad del mecanismo a lo largo de la secuencia de casos. Son figuras enteras, armónicas, con cierto grado de belleza, pero dureza de movimientos. Énfasis en el contorno corporal, con pocos detalles en la vestimenta y falta de rasgos sexuales secundarios.

La rigidez y pobreza de contenidos se hace más evidente en los casos nº 63, 64 y 65. En el caso 63 las cabezas están cortadas y el hombre con movimiento netamente coartado.

El caso 64, si bien conserva la *Gestalt*, el vacío, la pobreza y la rigidez son mucho más marcados. La figura resulta poco armónica. Mayor despersonalización y rasgos paranoides.

La verbalización en el caso 62 muestra claramente la disociación entre los deseos exhibicionistas culposos y los aspectos super-*yoicos* adjudicados a dos personas, dos partes disociadas de la persona.



b) Test de la pareja

Le decían la bruja. La cubría un manto negro, desde el cuello hasta los pies. Su cara no se veía, estaba siempre cubierta por su cabello. Un día una ráfaga de viento la despojó de su manto; sus cabellos eran aún más largos de lo que hubiera podido parecer y envueltos en ellos llevaba un niño. Su cuerpo era grácil. ¡No era una bruja!

Caso nº 66: Intensa necesidad de exhibicionismo corporal, negada en la verbalización y desplazada en características femeninas maternas.

Inhibición o restricción del yo

Se manifiesta como impotencia o déficit de una o más funciones del yo. (No ver, no oír, no aprender, etc.) A diferencia de la conversión, no presenta síntomas sino restricción o ausencia de una función.

La función o conducta inhibida resulta peligrosa por estar ligada a la realización de fantasías agresivas (ecuación simbólica). Se evita el peligro fantaseando, anulando o restringiendo la función ligada a estas fantasías.

La inhibición surge como defensa frente a ansiedades paranoides y depresivas.

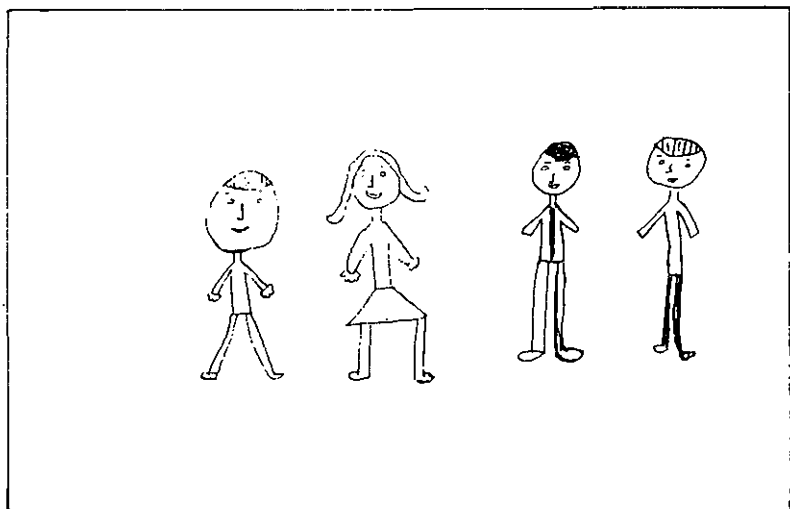
Frente a ansiedades paranoides expresa la necesidad de auto-castración, para evitar ataques retaliativos del objeto. (Por ejemplo, si los logros intelectuales son vividos como triunfos sádicos sobre los padres, la capacidad intelectual se transforma en fuente de ansiedad y conflicto.) Inhibir una capacidad provoca sufrimiento e impotencia pero protege al yo de temores más primarios.

La inhibición se hace presente asimismo frente a ansiedades depresivas. Las fantasías subyacentes son también de agresión al objeto, pero está acentuado el temor a dañarlo y la inhibición tiene por finalidad su protección.

La inhibición o restricción del yo no sólo se refiere a la limitación de una función que potencialmente podría desarrollar, sino a un empobrecimiento y lentificación general de las funciones yoicas (percepción, motricidad, ritmo asociativo, etc.), y suele acompañar a los estados depresivos. Resulta de introyecciones patológicas del objeto (introyección de objetos dañados, muertos o moribundos con los que el yo queda identificado).

Su manifestación en los tests gráficos

Figuras humanas. La vivencia de impotencia e inadecuación se expresa a través de: a) figuras pequeñas y débiles; b) trazo débil; c) amputaciones o castraciones de las zonas corporales conflictuales o relacionadas con las funciones conflictivas. Esto varía según el tipo de inhibición. (Por ejemplo, en las inhibiciones intelectuales son característicos la cabeza cuadrada, el cabello tipo casquete, con aspecto de robot o bien muy sombreado.)



c) Test de la familia

Caso nº 67: Varón de 7 años, con problemas de aprendizaje. Cabello tipo casquete, sombreado y vivencia de castración en la amputación de manos, sombreado del pantalón y reforzamiento compensatorio de la corbata.

d) La inhibición se expresa por reforzamiento o tratamiento especial de zonas o, contrariamente, por ausencia de zonas (manos, pies, por ejemplo) o por "impotencias" verbalizadas por el sujeto durante la producción ("no sabe, no puede realizar tal o cual aspecto del dibujo", o "no puede dibujar").

e) La inhibición, como mecanismo más abarcativo de la personalidad, se expresa a través de figuras débiles, inseguras, pequeñas, sin pies, sin manos o como personas acostadas o sentadas, como expresión de baja vitalidad y debilidad del yo. (Excepción de personas con impedimento físico real, lisiados, en cuyo caso es índice de buena aceptación de su situación. Ej.: *Caso nº 68.*)

Caso nº 68: Edad, 33 años; sexo, femenino



b) Test de la pareja

Adolescente conversando con su abuela enferma

En la casa y árbol predominan las características generales de pequeñez, pobreza de contenidos, la casa es rudimentaria, solitaria y pequeña. El árbol pobre, con poco follaje, sin frutos, con desconexiones de partes o zonas importantes. . .

Las características dadas anteriormente corresponden a la expresión directa de la inhibición como defensa. Sin embargo, el material gráfico puede registrar la fantasía onnipotente agresiva de triunfo, que motiva en la conducta manifiesta la inhibición como síntoma y defensa.

Sublimación

La sublimación, en la teoría freudiana, es la canalización de impulsos instintivos en actividades creadoras, socialmente adaptadas, como resultado de un proceso exitoso de renuncia a un fin instintivo.

Las aportaciones de la teoría kleiniana permiten vincular el concepto de sublimación con las ansiedades y logros derivados de la situación depresiva. El dolor y la pena por los objetos queridos y valiosos a los que se teme haber destruido, moviliza impulsos reparatorios, de recreación de los objetos internos y externos, que constituyen la base de la creatividad y la sublimación. H. Segal se refiere a este momento de la situación depresiva: "El anhelo de recrear sus objetos perdidos impulsa al bebe a juntar lo que ha hecho pedazos, a reconstruir lo destruido, a recrear y a crear. Al mismo tiempo el deseo de proteger a sus objetos lo lleva a sublimar los impulsos que siente destructivos. De este modo la preocupación por el objeto cambia los fines instintivos, y produce una inhibición de los impulsos instintivos". Refiriéndose al concepto de Freud de que la sublimación es el resultado de una renuncia exitosa a un fin instintivo, afirma: "... sólo a través de un proceso de duelo puede producirse una renuncia exitosa. La renuncia a un fin instintivo, o a un objeto, es una repetición y al mismo tiempo una revivencia de la renuncia al pecho. Como en esta primera situación, resulta exitosa si el objeto al que se debe renunciar puede ser asimilado por el yo gracias a un proceso de pérdida y recuperación internas. Yo sugiero que un objeto asimilado de este modo se convierte en un símbolo dentro del yo..."

La posibilidad de sublimar supone la capacidad de reparación, y está en relación directa con ella, en tanto se propone proteger al objeto de nuevos ataques hostiles y repararlo por los daños que ya ha sufrido. La sublimación es en sí misma un trabajo de reparación, que implica un vínculo de amor con un objeto total y se expresa a través de la creatividad, de la capacidad de realizar y autorrepararse.

Sublimación en los tests gráficos

La necesidad de dibujar aparece, evolutivamente, como un intento de recreación y reparación de los objetos. Así como las primeras pa-

labras recrean al objeto interno y lo independizan del externo, del mismo modo el dibujo responde a la necesidad de recreación de los primeros objetos. Cuando le pedimos a un entrevistado que produzca un gráfico, lo estamos abocando a una tarea de creación, o recreación de un objeto, a una tarea reparatoria. Su producción nos mostrará tanto las ansiedades, dificultades o preocupaciones que se movilizan en él frente a la reparación, como el estado de sus objetos internos y su yo (enteros, rotos, parcializados, etcétera).

En la medida en que sublimación y reparación están indisolublemente unidas, el grado de desarrollo de la capacidad sublimatoria se expresaría gráficamente en: 1) la disposición, actitud y modalidad con que el entrevistado enfrenta la tarea proyectiva (ansiedades y defensas frente a la recreación), y 2) el aspecto entero, sólido, armonioso (reparado), o, contrariamente, destruido del objeto gráfico.

1) Nos referimos a las expectativas del sujeto acerca de su capacidad reparatoria; en este sentido podríamos diferenciar:

a) *Actitud depresiva adaptativa*, preocupación por realizar la tarea adecuadamente, clima emocional de introspección, capacidad de autocrítica, valorización adecuada.

b) *Distintos tipos de conductas desajustadas*, indicadoras de conflictos que interfieren en el logro de una auténtica reparación: referencias a la inhabilidad y temor a realizar la tarea, autocrítica exagerada (temor a no contar con recursos reparatorios); incapacidad para desprenderse del objeto gráfico al que se lo vive permanentemente incompleto, no terminado (tendencia reparatoria en lucha permanente con impulsos hostiles); necesidad de "sacarse de encima" rápidamente la tarea, evitando todo contacto afectivo depresivo. (Evitación de ansiedades depresivas); entusiasmo exagerado, diversión, juego (negación maníaca).

2) Nos referimos a las características que posee el objeto gráfico terminado y que evidencian el grado de reparación que el entrevistado ha logrado respecto a sus objetos y a su yo.

Cuanto más destruido, roto, inarmónico resulte un objeto, mayor será el monto de destructividad y menor la capacidad para lograr una adecuada síntesis depresiva y desarrollar capacidades sublimatorias. Dado que la sublimación es resultado de la elaboración parcial o total de la situación depresiva, ella se expresa en los gráficos por el grado de aproximación a objetos enteros, inte-

grados, armónicos, adecuadamente relacionados con el entorno, receptivos y protectores, etcétera.

Criterios

a) *Gestalt conservada*: objetos gráficos completos, enteros, sólidos, opuestos a objetos destruidos, atacados. Ataques a todo el objeto o a zonas circunscriptas del mismo. Actitud del sujeto entrevistado frente a éstas (preocupación por arreglarlas, negación, etcétera).

b) *Objetos totales o parcializados*: El objeto gráfico logrado registra todo el objeto real o partes del mismo, en este caso qué partes del objeto son graficadas y si responden a zonas corporales diferenciables (cara-tronco).

c) *Diferenciación y conexión mundo interno-mundo externo*: a través de los límites del gráfico y del tipo de tratamiento de los órganos de recepción y zonas de contacto con el mundo externo.

d) *Integración de las distintas áreas de la personalidad* (pensamiento-afecto-acción). Tratamiento balanceado, sobreacentuaciones, omisiones.

e) *Plasticidad y ritmo*. Movimiento armónico o rigidez, estereotipia y coartación.

Bibliografía

Abt y Bellak, *Psicología proyectiva*, Paidós, Bs. As.

Anderson y Anderson, *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*, RIALP, Madrid.

Bell, *Técnicas proyectivas*, Paidós, Bs. As.

Bleger, José, *Psicología de la conducta*, Eudeba, Bs. As.

Bion, W., *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós, Bs. As.

Fenichel, O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Paidós, Bs. As.

Grinberg, L., *Culpa y depresión*, Paidós, Bs. As.

Grinberg, L., "Relación objetal y modalidad de las identificaciones proyectivas en la manía y psicopatía", en *Psicoanalistas de la manía y la psicopatía*, Paidós, Bs. As.

Grinberg, L., "Aspectos regresivos y evolutivos de los mecanismos obsesivos: el control omnipotente y el control adaptativo", *Revista de psicoanálisis*, t. XXIV, nº 3, 1967.

Grinberg, L. y Liberman, D.: "Identificación proyectiva y comunicación en la situación transferencial", en *Psicoanálisis de la manía y psicopatía*, Paidós, Bs. As.

Hammer, *Tests proyectivos gráficos*, Paidós, Bs. As.

Isaacs, Susan, en M. Klein y ot., *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As.

Kanner, Leo, *Psiquiatría infantil*, Paidós, Bs. As.

Klein, M., *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As.

Klein, M., *Contribuciones al psicoanálisis*, Hormé, Bs. As.

Klein, M., *El psicoanálisis de niños*, Hormé, Bs. As.

Klein, M., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As.

Rabin y Haworth, *Técnicas proyectivas para niños*, Paidós, Bs. As.

Rodrigué, E., *El contexto del proceso psicoanalítico*, Paidós, Bs. As.

Segal, H., *Introducción a la obra de M. Klein*, Paidós, Bs. As.

Segal, H., "Un enfoque psicoanalítico de la estética", en M. Klein y ot., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As.

Capítulo IX

La entrevista de devolución de información

Devolución de información en el proceso psicodiagnóstico

María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

• Hace aproximadamente seis años comenzamos a elaborar los fundamentos teóricos de la devolución de información al paciente (niño, adolescente, adulto) y a los padres a raíz de observaciones efectuadas sobre casos atendidos.

Paralelamente elaboramos criterios que conformasen una técnica apropiada para realizar dicha devolución en la práctica cotidiana. Tenemos, pues, una hipótesis: es necesaria una devolución de información diagnóstica y pronóstica discriminada y dosificada, en relación con las capacidades y/o de los destinatarios.

Las primeras preguntas que nos formulamos fueron: ¿Por qué devolvemos? y ¿para qué devolvemos? Las respuestas nos condujeron a elaborar los fundamentos teóricos de la devolución, es decir, la teoría de la devolución.

Otros interrogantes surgieron casi simultáneamente: ¿Cómo se hace la devolución? ¿Cuándo? ¿A quiénes?, etc. Ellos apuntan a la técnica de la devolución. Hemos avanzado en el conocimiento de ambas, teoría y técnica, aplicando nuestros puntos de vista, comparando casos en los que se hizo devolución de información, tal como recomendamos, con otros en los que no se pudo efectuar. Actualmente utilizamos este enfoque en forma sistemática tanto en la práctica privada como en la labor hospitalaria con buenos resultados.

Entendemos por devolución de información la comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, a sus padres y al grupo familiar, de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico. La transmisión de esta información es, pues, el objetivo básico de la misma, que se concreta en una entrevista fijada a posteriori de la administración del último test.

El segundo objetivo consiste en observar la respuesta verbal y preverbal del paciente y sus padres ante la recepción del mensaje del psicólogo. Esto constituye otra fuente informativa que permite sintetizar acertadamente el caso y emitir el diagnóstico y pronóstico con mayor margen de certeza, al tiempo que permite planificar más adecuadamente la orientación terapéutica. Se debe hacer dentro del contexto total del proceso, en una entrevista o varias, y quien realizó el psicodiagnóstico se encargará de ello.

Resumiremos algunos conceptos vertidos en trabajos anteriores y agregaremos algunos nuevos para fundamentar el porqué y el para qué de la devolución. Lo haremos desde tres perspectivas: la del paciente (niño, adolescente, adulto), la de los padres que lo traen a la consulta y la del psicólogo mismo.

a) DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE

La devolución de información en niños se fundamenta en los siguientes puntos:

1) Siguiendo la ley del cierre (teoría de la *Gestalt*), es necesario transmitir el resultado de una comunicación lograda. La comunicación jerarquizada por nosotros no es, pues, de tipo unidireccional, del paciente hacia el psicólogo, sino esferal, del paciente hacia el psicólogo y viceversa, restituyendo así al proceso comunicacional las características de diálogo entre consultante y consultor. En caso de que el consultante sea un niño no se lo debe privar de este trato.

2) Como decíamos en otro trabajo: "El examen psicológico implica, por las depositaciones en el psicólogo de partes adaptativas y enfermas del paciente, un proceso que ataca su identidad, exigiendo una reconexión interna entre ciertos aspectos que el sujeto reconoce como suyos (identidad manifiesta) y otros que desconoce pero actúa (identidad latente). Esta reestructuración

implica ya una modificación de la dinámica interna y exige, para resolverse en el sentido de la integración, que se le devuelva al examinado esa identidad latente que contiene, además de los aspectos desvalorizados y temidos, otros enriquecedores y potencialmente adaptativos."

"3) Si esa reintegración no se produce, el paciente queda permanentemente ligado al psicólogo en una relación de objeto que lo privó, y el psicólogo experimenta dificultades para lograr una buena separación, porque se siente en deuda con el paciente a quien recuerda con preocupación durante mucho tiempo u olvida totalmente."

"4) Si devolvemos información por un lado a los padres y por otro lado al hijo favorecemos la discriminación de identidades dentro del grupo familiar. Si no hay devolución, el niño siente que su identidad latente queda depositada en el psicólogo y en sus padres, funcionando él como tercero excluido de una comunicación a la que tiene derecho, puesto que es su problemática el motivo central de la consulta."

"5) La devolución funciona como prueba de realidad de que el psicólogo ha salido indemne de la depositación de los aspectos más dañados y dañinos del paciente, que los ha aceptado junto con los buenos y reparadores, reconociéndolos como coexistentes y propios del examinador."

"6) Es recomendable usar esta técnica porque de lo contrario se favorecen en el paciente fantasías de empobrecimiento y robo por enajenación de partes yoicas, fantasías que cobran realidad si efectivamente retenemos todo lo que el paciente nos fue depositando. En este sentido la devolución funciona como mecanismo de reintroyección sobre todo de su identidad latente, que de otra manera quedaría enajenada en el psicólogo. La falta de devolución favorece la aparición de sentimientos de robo, curiosidad, envidia, etc., cuya elaboración ni siquiera se intenta, si el vínculo entre paciente y psicólogo acaba con el último test."

"7) Cuando el paciente no sabe si el psicólogo le dirá algo acerca de lo que opina sobre su problema y más aún cuando se le dice que nada se le informará, se siente sometido pasivamente a una serie de estimulaciones a las que tratará de responder pero no siempre con deseos de colaborar con el psicólogo...

"Si el paciente sabe que al finalizar se le darán los resultados, se sentirá comprometido en el proceso y mejor dispuesto a colabo-

rar. En algunos casos, sobre todo el de aquellos pacientes que han llegado a la consulta derivados por el maestro, pediatra, neurólogo, etc., puede ocurrir que se bloqueen o rechacen abiertamente la posibilidad de saber qué opina el psicólogo porque la devolución despierta mucha ansiedad persecutoria. Si las resistencias son muy intensas es posible que el niño adopte una actitud negativa durante la hora de juego y la administración de los tests y que al citárselo para la devolución de información se resista a concurrir, se enferme, o promueva algún tipo de complicación en el grupo familiar para evitarla. Es poco probable que no concorra definitivamente pues en eso depende de sus padres. No obstante, si las resistencias del niño entran en combinación con las de los padres es posible que no logremos concretar dicha entrevista. Desde la perspectiva de la problemática del hijo podemos pensar que éste moviliza a los padres para que ambos eviten el enfrentamiento con una situación tan ansiógena. Esto constituye en sí mismo un índice negativo, tanto a nivel diagnóstico como pronóstico."

"En general podemos afirmar que si el paciente no sabe o sabe poco y mal por qué viene, y además no cuenta con que al terminar se le devolverá la información, el psicólogo asumirá desde el principio, para él, el papel de una figura extremadamente amenazadora por depositación masiva de todo lo persecutorio que alberga en su mundo interno. Se ocupará casi exclusivamente de controlarlo, mantenerlo a distancia y evitarlo. Esto puede registrarse como rotunda negativa a hacer algo en un hora de juego, bloqueos totales y reiterados ante las láminas que se le presentan, negativas a dibujar o bien respuestas reticentes, triviales y escuetas."

"8) Si no se devuelve la información se intensifican las fantasías de enfermedad, gravedad, incurabilidad, locura, etcétera."

"Si desde el comienzo se le aclara que lo que le pedimos que haga es para conocerlo mejor y que al final le diremos nuestra opinión al respecto, aclararemos algo en su mente y recobramos las cualidades de un personaje más real con quien él puede conversar y a quien puede formular preguntas acerca de sus dificultades. Esto convierte su síntoma en algo que no llega a ser tan grave como para que no se pueda hablar de él."

"9) Si devolvemos información daremos al paciente una oportunidad de verse con más criterio de realidad, con menos distorsiones idealizadoras o peyorativizantes."

En pacientes adolescentes. Son válidas todas las razones in-

vocadas a propósito de pacientes niños. Pero debemos enfatizar aún más el punto 4), en el que hablábamos de la condición de tercero excluido a que sometemos al niño si no le devolvemos información a él y sí a sus padres. Si se trata de un adolescente, esto cobra mayor trascendencia por la reactivación de los problemas relacionados con el conflicto edípico, unida al duelo por la identidad infantil perdida y la necesidad de asumir una nueva identidad. Si solamente hacemos devolución a los padres y sólo con ellos fijamos el contrato, tratamos al adolescente como alguien cuya opinión no interesa y al que estando en condiciones de participar en el proceso, le negamos tal posibilidad. Muchas veces esto determina su escasa colaboración en el tratamiento posterior o su franco "boicot" al mismo.

En pacientes adultos. La devolución de información al paciente adulto que consulta espontáneamente ha resultado más fácil de aceptar como necesaria y factible. Posiblemente esto se deba a una mayor facilidad del profesional para identificarse con figuras próximas a él en edad y la consiguiente prevalencia de la comunicación verbal en ambos. En cambio, el caso de los niños, como veremos más adelante en detalle, requiere una capacidad adaptativa mayor para ubicarse en su lugar y captar el lenguaje preverbal.

b) DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PADRES DEL PACIENTE

Por varias razones consideramos imprescindible la devolución de información a los padres que consultan por un hijo:

1) Porque ellos han pedido la consulta para saber qué pasa con ese hijo, con varios o con todo el grupo familiar y es preciso que conozcan la opinión del profesional consultado. Si nada se les dice al respecto puede ocurrir en términos generales que se incrementen en ellos las fantasías de enfermedad grave, incurable e irreparable. Con nuestro silencio agravamos la situación porque producimos una dosis suplementaria de ansiedad persecutoria: "lo que pasa es muy grave y no quieren decirnos nada". Así también, si desde la primera entrevista estos padres han procedido de manera defensiva depositando masivamente en el psicólogo todos los sentimientos, afectos, impulsos y fantasías intolerables para desembarazarse de ellos y obtener así un pseudo alivio, la no devo-

lución favorece las fantasías de desembarazamiento y alivio: "aquí no pasa nada, no hay por qué preocuparnos".

2) Porque es preciso reintegrarles una imagen del hijo, de ellos y del grupo familiar, corregida, actualizada, ampliada o restringida, que no siempre coincide en todo o al menos en parte con la que ellos traen a la consulta. Mostrándoles que el hijo es distinto de lo que ellos creen los ponemos en condiciones de tomar conciencia de la real identidad de éste, de los cambios que deberán aceptar en el hijo, en ellos y en el grupo familiar como un todo, si realmente están dispuestos a modificar el "statu quo" reinante.

Cuando en la primera entrevista comienzan mostrando los aspectos más positivos del hijo, pero no omiten los negativos, sabemos que están dispuestos a escucharnos si procedemos, dentro de ciertos límites, de la misma manera, es decir, siguiendo el mismo modelo de secuencia. Si la secuencia es inversa, aun con dificultades podremos igualmente transmitirles una imagen bastante completa del hijo. Si en cambio sólo nos han mostrado lo positivo o lo negativo tenemos oportunidad de mostrarles los aspectos negados, de estimar qué aspecto del hijo es más negado y resistido y hasta dónde llegan esas resistencias.

3) Porque tratándose de un niño, un adolescente o un adulto psicótico grave o en estado confusional, son los padres u otros parientes los responsables de la concreción del tratamiento. Si debemos recomendarlo, es preciso fundamentar previamente nuestra indicación y aclarar los riesgos que corre el paciente o el grupo familiar si optan por no hacerlo atender. En casos graves nuestro silencio puede significar una implícita alianza con los aspectos más patológicos del grupo familiar, y si ocurriera un desenlace fatal (un suicidio, por ejemplo), el psicólogo se enfrentará con un duelo bastante difícil de elaborar. No queremos significar con esto que si damos nuestra opinión en la entrevista devolutiva impediremos los acontecimientos. Lo que pensamos es que a los padres les resultará más difícil negar la gravedad del problema.

4) Si los padres no han venido por propia iniciativa sino enviados por un tercero (maestro, pediatra, etc.), la entrevista devolutiva funciona como una oportunidad para tratar de que logren cierto *insight* respecto de la situación real. Estos no son padres que "equivocan" el síntoma sino que no advierten ninguno. El psicólogo funciona como segundo detector del conflicto y como el encargado de lograr que los padres lo perciban. Si las resisten-

cias de éstos son muy fuertes no percibirán el síntoma. Si éste le resulta totalmente egosintónico lo tendrán en cuenta pero sin adjudicarle ninguna importancia. Contratransferencialmente son los casos en los que resulta más difícil la devolución, por la dosis de frustración que supone para el psicólogo y la sobrecarga de angustia que le depositan.

5) Así como a veces el paciente se resiste a asistir a la entrevista devolutiva, otro tanto sucede con los padres. Si se les da oportunidad y no concurren, podemos comprender que el psicólogo funciona para ellos como objeto ansiógeno y que la dosis de ansiedad persecutoria es tan intensa que sólo se pueden defender evitándola. En ciertos casos la parte infantil más asustadiza y angustiada de los padres puede estar depositada en el hijo, y es a éste a quien no logran llevar a la entrevista devolutiva.

/c) DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PSICÓLOGO

No sólo el paciente y sus padres resultan beneficiados con la entrevista devolutiva. Otro tanto ocurre con el profesional que la realiza.

La devolución de información es recomendable para preservar la salud mental del psicólogo evitando que su tarea se transforme en insalubre. Esto sucedería si se hiciera cargo de las deposiciones masivas del paciente y/o sus padres. Si restituye a sus verdaderos dueños tales fantasías, emociones, impulsos, etc., depositados en él consciente o inconscientemente, el psicólogo está preservando su salud. Esto sólo puede hacerse en la entrevista final.

La entrevista devolutiva es un paso más en el conocimiento del caso, paso que a veces cobra importancia trascendental cuando en ella surgen recuerdos reprimidos o actitudes inesperadas o no confirmadas hasta ese momento, que hacen variar el plan táctico ideado para el caso. Por lo general permite hacer una buena síntesis. El caudal informativo se enriquece no solamente para el profesional que hace el diagnóstico sino también para el terapeuta a quien se le derivará o que derivó el paciente. Sabrá cuáles son las conductas probables del sujeto cuando trate de incluirle lo que habitualmente disocia, niega, aísla, etc., mediante la interpretación, lo cual permite planificar la terapia con más sentido de realidad, significando para el terapeuta exponerse menos a la frus-

tración y ajustar mejor el encuadre a la constelación dinámica del paciente y su grupo familiar. Podríamos mencionar como ejemplo el grado de colaboración de los padres, la duración probable del tratamiento, la probabilidad de interferencias en el tratamiento o franco boicot al mismo, el número y frecuencia de sesiones, la necesidad y circunstancias de la puesta de límites, la verbalización más exitosa de las interpretaciones y posibilidad de absorción de las mismas, el material de juego más adecuado, etcétera.

Por ejemplo, un niño necesita una puesta de límites constante durante la hora de juego y la administración de los tests. Si al devolverles esta información a los padres nos responden: "Pobrecito, es muy chico", sabremos qué poca confianza se les podrá tener como aliados del terapeuta cuando sea preciso poner un límite al hijo (traerlo a sesión aunque sea por la fuerza, no permitirle ensuciar ni romper objetos de la casa del terapeuta, etc.). Para el psicólogo la devolución sirve como prueba de realidad de su tarea anterior. Esto es, si supo comprender lo que ocurre, si en esa entrevista se prueba la validez de las hipótesis elaboradas con anterioridad y si logra planificar correcta y acertadamente la táctica de abordaje más recomendable para encañar la solución del conflicto. Por la angustia que suele despertar, esta técnica funciona para algunos como objeto persecutorio al que hay que evitar, negar validez o atacar con críticas que desempeñan el papel de racionalizaciones. Si la dosis de angustia se hace excesiva es posible que decida no dar este paso final y prefiera delegar este rol en otro colega porque se siente impotente para asumirlo o teme asustar al paciente o a sus padres. Si éste es el caso, estimamos más prudente no hacerse cargo de lo que sobrepasa sus posibilidades actuales de trabajo. Pero lo señalamos como algo digno de analizarse y elaborarse. Si inconscientemente niega su intensa angustia, puede ser que encare contrafóticamente la transmisión de lo más ansiógeno al paciente y a los padres y los angustie en exceso. El resultado será bloqueo, desasosiego, confusión o rabia en el paciente, distintas formas de expresión de un trastorno en la comunicación promovida por el psicólogo mismo. No obstante, el resultado puede ser útil si en él predominó la ansiedad depresiva que lo impulsa a utilizar mecanismos reparatorios, tales como estudiar a posteriori lo acontecido para aprender algo nuevo acerca del manejo técnico en casos similares. Si predomina la ansiedad persecutoria, el profesional atribuirá este disturbio de la comunica-

ción a la devolución del informe en sí mismo, le negará validez, cerrando el círculo vicioso.

Estimamos que la falla no reside en la teoría de la devolución tal como nosotros la postulamos y dentro de los límites en que la postulamos, sino en la técnica utilizada para el caso. Si el sentimiento angustioso se mantiene dentro de ciertos límites y el yo del psicólogo logra mantener intacta su capacidad de pensar, discriminar, integrar, sintetizar, etc., se transforma en un instrumento útil a lo largo de la entrevista devolutiva que, a la manera del barómetro, indica elementos significativos que van surgiendo, lo cual permitirá un *insight* más exitoso del caso. A esto llamamos "instrumentalización de la ansiedad" en la entrevista devolutiva: poder detectarla, elaborarla y transformarla en fuente de información útil.

En otros casos no es la angustia la fuente de perturbación, sino la rabia. La conexión entre ésta y la angustia es estrecha. En este caso el psicólogo se siente perseguido por la posibilidad de volver a enfrentarse con el paciente o con sus padres, con los cuales quedó enojado. Detectando qué es lo que le produjo rabia, en qué momento la percibió, qué significado inconsciente tiene, logrará metabolizar el sentimiento agresivo lo suficiente como para poder pensar y proceder con más libertad. Por eso recalamos la importancia que tiene para el psicólogo poder captar con las mínimas distorsiones lo que transferencialmente le llega de cada uno de los integrantes del grupo consultante y su respuesta contratransferencial. Si entendemos la situación de la entrevista devolutiva como un campo psicológico y trasladamos el esquema intrapsíquico a la situación intersíquica del grupo formado por el psicólogo y el o los consultantes, podemos comprender desde otro ángulo la dinámica profunda de la misma.

El psicólogo funciona dentro del grupo como un aspecto yoico que posee en mayor medida que los demás la capacidad de percepción, discriminación, integración y síntesis. Él percibe con más sentido de realidad lo que está ocurriendo y lo que puede ocurrir, y está en condiciones de angustiarse menos ante tal percepción. Pero su función sería harto limitada e ineficaz si sólo percibiera. Si concebimos el rol del psicólogo como el de un agente promotor de cambios, debemos adjudicarle además otro rol más activo y directo, que sería el de transmitir lo que percibe y percibir nuevamente para ponderar el resultado de su mensaje. No obstante, no todo

lo que percibe puede ser transmitido. Se agrega así una nueva función: el psicólogo debe operar como un yo capaz de discriminar lo que debe y puede decir y lo que no puede ni debe decir al paciente por una parte y a sus padres por la otra. Esto significa dosificar la información, es decir, determinar hasta dónde puede profundizar en un tema y con qué ritmo conviene insistir en el mismo. Si no discrimina y dosifica bien, puede comunicar más o menos de lo que el paciente está en condiciones de recibir. Si dice todo o incluye elementos muy ansiógenos se plantea una dinámica que podemos interpretar de diversas maneras. El psicólogo funciona como un yo frágil, débil, muy poco protector que no puede discriminar entre lo que puede tener acceso y lo que debe quedar fuera. Es incapaz de evitar que todo el aparato psíquico (el resto del grupo presente en la entrevista) se sienta inundado por la irrupción de estímulos con *stress*. Si los mensajes del psicólogo al grupo movilizan más ansiedad que la que el grupo puede absorber, convierten la situación devolutiva en situación traumática, disparadora de bloqueo, estados confusionales, de impulsos agresivos o de fuga que pueden llegar a ser actuados por uno o varios miembros del grupo consultante. Otra posibilidad es que opere movilizado por un aspecto ávido, curioso, insatisfecho y exigente del propio paciente o pareja de padres depositado transferencialmente en él y con el cual se ha contraidentificado proyectivamente, a causa de la no resolución de aspectos infantiles propios.

El psicólogo puede actuar identificado con un superyó exigente que no contempla las posibilidades reales de *insight*. Si en cambio el psicólogo restringe información y calla lo que el paciente está en condiciones de saber, se comporta como un Superyó represor, que frustra al Yo en su deseo de saber y al Ello en su deseo de manifestarse (ambas instancias representadas por el paciente y/o sus padres según el caso y el momento de la entrevista).

Con esta actitud el psicólogo refuerza arcaicos mecanismos de defensa del paciente ("No me pasa nada") o sus familiares ("Es por caprichoso, son ideas no más, ya se le va a pasar").

A veces el psicólogo piensa: "No sé cómo decírselo, no me animo." En tales casos asume una parte infantil, dubitativa, temerosa, impotente y la deposita en el paciente. Entonces cobran actualidad temores a asustar, enloquecer, pervertir, etc., al paciente o a los padres.

Trabajar con entrevistas devolutivas supone la necesidad de manejar un enfoque distinto del clásicamente utilizado en la confección del diagnóstico psicológico. Supone la constante utilización de lo latente y lo transferencial.

Una buena devolución comienza con la adquisición de un buen conocimiento del caso, lo cual proporciona una base firme para proceder con eficacia.

Una vez concluidas las entrevistas iniciales con los padres y la administración de los tests y hora de juego al paciente (si es un niño), es preciso estudiar todo el material registrado y elaborar hipótesis explicativas. Trataremos de obtener un panorama lo más completo posible, que incluya la naturaleza de los vínculos que ligan al paciente con su grupo familiar como un todo, con la pareja parental, con cada miembro de su grupo familiar y con el psicólogo mismo.

Dentro de ese panorama es útil discriminar cuáles son los aspectos más sanos y adaptativos del paciente, sus padres y su grupo familiar y cuáles los menos adaptativos y más enfermos. Una vez establecido eso, debemos realizar una segunda discriminación: qué se le puede decir al paciente y/o a sus padres de todo lo menos adaptativo y más enfermo, es decir hasta dónde se puede llegar y qué es lo que no podemos decir al paciente y/o a los padres. Como no sabemos si finalmente aceptarán o no el tratamiento recomendado, es riesgoso movilizar en ellos más de lo que sus posibilidades y/oicas les permiten absorber o tolerar, dato que debe extraerse del material recogido. Destacamos que es muy importante tener en claro qué es lo que se puede decir o no, como elementos límites dentro de los cuales podrá desarrollarse la entrevista devolutiva.

Con estos elementos podemos confeccionar un plan guía para la entrevista devolutiva lo suficientemente elástico como para modificarlo sobre la marcha, según sea la reacción del o de los destinatarios (más abierta o más cerrada de lo que se esperaba). En efecto, lo planificado previamente no se puede seguir al pie de la letra. En la mayoría de los casos, la aparición de nuevos datos o la emergencia de conductas nuevas determinan un desvío respecto del mismo, saludable en la medida en que suponga un

mejor ajuste a la dinámica de la entrevista. A veces es menester restringir el plan primitivo, otras veces ampliarlo.

Comenzamos la devolución por los aspectos adaptativos del paciente y continuamos con los menos adaptativos incluyendo la patología en la medida y ritmo con que cada paciente pueda tolerarlo. Hemos hallado claros indicadores de tolerancia o intolerancia expresados en forma verbal y proverbal. Veamos algunos indicadores de intolerancia. Hay indicadores verbales concientizados tales como decir: "No entiendo", o "Es muy difícil esto para mí." Otras verbalizaciones expresan sensaciones de extrañamiento: "Ese no soy yo, yo no soy así." O bien hallamos esas sensaciones proyectadas en el psicólogo: "Ud. no me entiende." Otros indicadores se expresan verbalmente, pero el paciente no los tiene conscientes. Se trata de lapsus y asociaciones que nos están mostrando todo lo contrario de una aceptación o bien una aceptación pasiva y masiva para no pensar. Así surge un sometimiento al Superyó proyectado en el psicólogo y el Yo del paciente queda casi anulado en su capacidad de cuestionarse, preguntar al psicólogo, tolerar y plantear dudas, etc. Otros indicadores pertenecen al nivel preverbal. Entre ellos podemos citar: ruptura de encuadre en cuanto a alguna de sus pautas, tales como llegar tarde, querer irse enseguida, pedir una devolución por teléfono, no querer separarse del psicólogo, dar muestras de nerviosismo, empalidecer, toser, pedir ir al baño, etc.

En contraposición con éstos hallamos otros indicadores que expresan tolerancia de lo que se les devuelve, a saber: la aparición de nuevas asociaciones relacionadas con los recuerdos reprimidos, nuevos puntos de vista, expectativas, miedos, etc. Otro indicador importante es la capacidad de aceptación de "seudo identidades" y de aspectos manifiestos y latentes de su identidad, a través de los distintos materiales de tests.

Otro problema técnico es la elección del lenguaje más apropiado. Es importante ser claro, no caer en el uso de terminología técnica, evitar términos ambiguos o equívocos y utilizar dentro de lo posible el mismo lenguaje que emplean el paciente o los padres. Elegir una forma verbal para traducir al niño lo que él nos ha transmitido en forma preverbal resulta muy difícil. Para aclarar más lo que queremos comunicar al paciente, sea niño, adolescente o adulto, es recomendable utilizar el material de tests de que se dispone, en el cual aparece generalmente condensado o expre-

sado plásticamente lo que queremos significar. Así, por ejemplo, podemos utilizar la figura del padre dibujada en el test de la familia y la historia de la lámina 3 del C.A.T. para mostrarle cómo siente la imagen paterna, y la figura de la madre del mismo test gráfico y otra historia del C.A.T. o una catexia del desiderativo para ejemplificar cómo siente la imagen materna. En otra parte del material podemos hallar algo que nos sirva para mostrarle cómo se siente él ante la posibilidad de ser como papá o como mamá.

A propósito del material de tests, cabe aclarar que de ninguna manera debe ser mostrado a los padres. El contenido de las entrevistas con el paciente merecen el mismo trato en cuanto al secreto profesional, se trate dicho contenido de las verbalizaciones, los dibujos, las respuestas a las láminas o los sucesos de una hora de juego infantil. El material preverbal merece las mismas reservas que el verbal.

./ Pasemos a otra dificultad técnica que se presenta en la entrevista devolutiva: la secuencia. Recomendamos comenzar por lo menos ansiógeno para continuar con lo más ansiógeno. Lo menos ansiógeno resultan ser los aspectos en los que el paciente se muestra como más sano y mejor adaptado. Lo más ansiógeno suele ser lo más enfermo del paciente. Decimos "suele ser" porque en ciertos casos los aspectos sanos y reparadores pueden resultar los más ansiógenos (tal el caso de los padres que en la primera entrevista sólo se refieren a lo negativo del hijo). Incluir dichos aspectos en la devolución resultará una tarea difícil para el psicólogo. En otros casos lo más ansiógeno es todo lo que no anda perfectamente bien, por lo cual en la primera entrevista han presentado al hijo sin dificultades aparentes. Justamente ante estos casos el psicólogo se pregunta para qué se lo ha consultado y lo difícil en la entrevista devolutiva resulta ser el esclarecimiento del verdadero motivo de la consulta, a veces tan alarmante que ni siquiera ha sido mencionado. En términos generales recomendamos para la devolución seguir la misma secuencia que los padres siguieron en la presentación de los aspectos de su hijo (a menos que hayan utilizado la menos conveniente: comenzar por lo dañado y dañino y quedarse en eso).

Es fundamental que el psicólogo sepa expresarse con claridad y haga reiteradas síntesis cada vez más comprensivas del caso a medida que incluye nuevos datos. Es importante que repita la

información que estima será objeto de mayor resistencia por parte de los padres. De esta manera evitará que utilicen la negación y la distorsión como mecanismos de defensa ante lo que se les dice. Es necesario llevarlos al objetivo que se ha fijado para la entrevista y ese objetivo se debe repetir tantas veces como sea necesario.

La entrevista devolutiva no tiene por qué ser necesariamente una. Puede dejarse abierta la posibilidad para otras entrevistas, sobre todo cuando se percibe que el paciente o los padres necesitan más de una oportunidad para elaborar lo que es imprescindible decirles.

Tanto el psicólogo como el paciente o los padres pueden plantear la necesidad de otras entrevistas devolutivas. De todas maneras es necesario dar oportunidad a los interesados para metabolizar lo recibido en la primera entrevista y aclarar, ampliar o rectificar lo comprendido en ella.

El psicólogo debe estar preparado para la aparición de emociones polares dado que en toda entrevista surgen sentimientos reparatorios al mismo tiempo que envidia y celos hacia el psicólogo, movilizados por la culpa de hacer consciente todo aquello que no han podido reparar y que aún sienten destruido. El psicólogo es el encargado de discriminar ambos sentimientos y ubicar al paciente y a los padres en la realidad. Asimismo el psicólogo debe estar preparado para la emergencia explícita de conflictos que no habían sido verbalizados. Cuando surgen en las entrevistas con los padres, el psicólogo suele ser forzado a desempeñar el papel de juez y a ser terapeuta de pareja excluyendo la situación del hijo. Este es un grave peligro, pues se descentra la tarea.

También puede suceder que la aparición de envidia, celos y rivalidad surja y se dramatice dentro de la pareja misma; entonces cada uno trata de mostrar al otro y al psicólogo que ha sabido ser mejor padre. De esta manera el otro se transforma en el depositario de todos los fracasos y errores de la pareja.

Cuando surgen índices de fracaso en la entrevista, como las conductas estereotipadas o la insistencia en negar ciertos contenidos, es oportuno hacer señalamientos poniendo el acento más en el tipo de vínculo con el psicólogo que en el contenido de dichas conductas. Todo proceso psicodiagnóstico moviliza en el

paciente y los padres fuertes ansiedades depresivas y paranoides. El interjuego de ambas depende del tipo de relación establecida con el hijo. Nos parece importante como pronóstico que en la entrevista surjan momentos depresivos, aun cuando haya fluctuaciones con predominancia de ansiedades paranoides y confusionales. El psicólogo debe actuar como catalizador y continente de todo este complejo sistema tensional. De ahí que debamos desconfiar de una entrevista en la que no se producen "picos" y se acepta todo lo que dice el psicólogo. Son casos en que las tendencias reparadoras se depositan en el psicólogo maníacamente y se evita de esta manera sentir el dolor y la culpa propios. Esto es un mal pronóstico de tratamiento: quienes no son capaces de percibir cierto sufrimiento difícilmente pueden aceptar la ayuda terapéutica.

Es importante comparar la dinámica interpersonal de la entrevista de devolución con la que se dio en la primera entrevista. Si disminuyeron las resistencias a verse a sí mismos y al hijo de una manera más realista, si existe mayor permeabilidad para aceptar la relación manifiesta latente en la conducta y se da un cambio de roles en relación con el psicólogo y con los aspectos positivos y negativos propios del hijo, podemos afirmar que el pronóstico respecto de este paciente tiene características positivas.

En nuestra experiencia una de las situaciones más difíciles de manejar en la devolución es la que se crea cuando el motivo manifiesto de consulta es leve comparado con lo que el síntoma aludido está encubriendo, por ejemplo dificultades de aprendizaje que encubren crisis psicóticas. Tratándose de niños hay que estudiar muy a fondo el material y la primera entrevista con los padres para establecer a través de qué dato podemos llegar a abrir una brecha que nos permita mostrarles lo que nosotros vemos y ellos no pueden ver. Estos casos suelen ser muy difíciles para el psicólogo porque tiende a contraidentificarse con los aspectos más dañinos y dañados de los padres que no pueden asumir la culpa de tanta enfermedad. Siente que si les dice la verdad los destruye. Esto hay que metabolizarlo antes de las entrevistas de devolución para poder afrontar la realidad de la enfermedad (diagnosticar bien como primera forma de acción reparadora) y permitir la alianza entre los aspectos reparadores de los padres y los propios. Los aspectos reparatorios están ya en la consulta, y no afrontar la verdad racionalizándola de cualquier manera impli-

ca un engaño que, además, genera mucha culpa en el psicólogo. Aunque éste perciba las serias dificultades que tiene para transmitir una información de trascendental importancia para el presente y el futuro del paciente y su familia, un silencio total al respecto puede significar una alianza destructiva que lo llena de culpa.

En otros casos, lo que los padres movilizan en el psicólogo es rabia. Si se contrahientifica con el hijo y piensa que, en efecto, estos padres son malos, puede sentirse impulsado a utilizar la entrevista devolutiva para castigarlos o reprenderlos. Esto incrementa la culpa que los padres traen y entorpece la buena comunicación necesaria para descubrir sus aspectos más reparadores. En la entrevista devolutiva debemos mostrar ambos.

En algunos pacientes la culpa persecutoria los lleva a defenderse psicopáticamente de la integración de lo sano y lo enfermo, lo manifiesto y lo latente, lo reparador y lo destructivo. Disocian y proyectan evacuativamente en el psicólogo los aspectos negativos que luego no pueden reintroyectar, haciendo percibir al psicólogo sus dificultades frente al cambio. La comunicación del paciente y de los padres con el psicólogo funciona en un nivel como prueba de realidad acerca de si han sido comprendidos ellos y el hijo. Esta circunstancia de sentirse comprendidos puede suscitar distintos tipos de conductas. Puede provocar un sentimiento complejo de alivio. Puede encubrir una "tranquilización" por delegación completa del rol reparador en el psicólogo. También puede generar una sensación de impotencia; saben lo que ocurre pero no lo que pueden hacer para arreglar lo que está roto. Cuando en la pareja el aspecto de *insight* acerca del hijo está disociado, suele movilizar cierta sensación de triunfo: "Ves, ves, ya te decía yo", puede expresar uno de los padres al otro. La envidia y celos encubiertos en el alivio pueden surgir en la entrevista o ser actuados con el futuro terapeuta; la envidia puede determinar que el hijo no vaya al tratamiento, los celos pueden movilizar ataques a la situación de dos.

Ya dijimos que es bastante común en la entrevista de devolución identificar al psicólogo con un juez. Eso determina la emergencia de fuertes sentimientos de culpa en los padres que si no alcanzan la calidad depresiva y se mantienen como persecutorios a lo largo de toda la entrevista, determinan que el psicólogo sea revestido con significado de un Superyó muy cruel que no puede ayudar sino condenar. Esto se ve a través del llanto, sensación de

impotencia, falta de confianza en las soluciones o fantasías de neurosis de destino.

La entrevista devolutiva tiene por objetivo, entonces, sintetizar o unir aspectos reparadores y destructivos, lo cual es posible si el paciente o los padres pueden unir el pasado, lo que hicieron mal, con el futuro. Así podemos mostrar cómo el presente y el futuro funcionan como elementos de reparación.

Según la edad del paciente, el clima de la devolución de información a los padres variará. En efecto, no podemos pensar que sea lo mismo consultar por un hijo siendo éste un niño, un adolescente o un adulto.

Cuanto mayor sea el paciente mayor es también la sensación de fracaso que traen los padres, más perceptible la enfermedad, más difícil el mantenimiento de viejas racionalizaciones, más abundantes las pruebas de realidad de los trastornos del hijo. Se hace mayor la necesidad de ayuda ajena, puesto que, evidentemente, solos no han podido lograr nada, más intensa es la culpa por la conciencia de haber dejado pasar un tiempo precioso y, por lo tanto, mayor es la fantasía, a veces real, de irreparabilidad.

También el psicólogo debe ubicarse de distinta manera frente a los padres según sea la edad del hijo. Si, por ejemplo, nos traen un paciente enurético de dos años debemos mostrarles el nivel de exigencias elevado que tienen para con el hijo, dado que recién está logrando controlar y que esto no es motivo de alarma.

Los padres con dificultades para percibir los cambios operados en su hijo por el crecimiento suelen a veces traerlos como motivo de consulta porque se han alarmado al percibirlos. El objetivo de la devolución será, en estos casos, ayudarles a rectificar la imagen del hijo y explicitarles las emociones que dichos cambios les suscitan. Si se trata de padres de adolescentes, el objetivo de la devolución es muchas veces mostrarles que el hijo ya no es un niño. Así podrán entender sus "rebeldías" como búsquedas de independencia, sus pruritos para con el cuerpo como propios de la edad, su conducta contradictoria como típica de ese momento, etc. Si los padres evitan los cambios sexuales del hijo, es tarea del psicólogo incluirlos en la devolución y detectar qué sentimientos despiertan en los padres: envidia, rivalidad, etcétera.

En el caso de padres de adolescentes, según el estado actual de nuestra experiencia, consideramos útil una entrevista conjunta. Planificar la terapia solamente con los padres puede constituirse

en una alianza de éstos con el psicólogo que excluye al adolescente, lo cual favorecerá sus resistencias al tratamiento.

Ante los padres de pacientes adultos, es muy importante considerar el tremendo sentimiento de fracaso con que llegan: su misma presencia indica el grado de enfermedad del hijo.

La técnica de la devolución de información al paciente

1) DEVOLUCIÓN A NIÑOS

El psicólogo que devuelve información a niños debe estar entrenado en la comunicación con ellos. La experiencia que posea como terapeuta de niños le resultará especialmente útil. Conocer la técnica de juego y los elementos básicos de la hora de juego permite captar y comprender mejor lo que el niño diga y haga durante la administración del psicodiagnóstico, y especialmente lo que suceda en la entrevista de devolución. Todo lo que él dramatice, gesticule o haga adquiere en esa oportunidad tanta importancia o más que lo que verbaliza. En uno de nuestros trabajos hemos expuesto el siguiente ejemplo: un niño eczematoso, atendido en un centro hospitalario, escuchaba con atención lo que la psicóloga le decía en la entrevista devolutiva. Esta le explicaba el sentimiento de minusvalía y rechazo que experimentaba al acercarse a alguien pensando que nunca hallaría quien lo aceptara tal como era. En ese momento el niño acercó su mano al brazo de la psicóloga. Era importante que ella permaneciera en la misma postura sin retirar el brazo, señalándole que era la primera en ser puesta a prueba para ver si sus palabras eran válidas o no, si realmente pensaba como hablaba. Si ella hubiera retirado el brazo, toda su formulación verbalizada se habría contradecido con esa demostración práctica. Le habría confirmado que él tenía razón en desconfiar de que hubiese alguien que lo quisiera y aceptara dado que hasta ella, que decía comprenderlo, lo rechazaba.

En este sentido hay que estar atento a las propias gesticulaciones, movimientos, etc., como lenguaje preverbal usado en la comunicación con el paciente.

El mensaje no verbal del niño debe ser detectado, comprendido y utilizado, ubicándolo en la entrevista de devolución junto con el mensaje verbal. Si, por ejemplo, queremos decir a una niña

que muchas veces siente celos y rabia hacia un hermano menor y observamos que en ese momento rompe una maderita que tiene en la mano, podemos seguir diciendo "tanta rabia te da que a veces te da ganas de romperlo en pedazos". Así habremos integrado en nuestro mensaje el que ella a su vez nos envía. Es como si nos hubiera dicho: "Sí, a veces me da ganas de romperlo."

Durante mucho tiempo se ha mantenido el prejuicio de que los niños, sobre todo los más pequeños, no entienden o entienden muy poco lo que se les dice, de manera que se ha omitido la devolución de información al niño por esta razón. La psicoterapia psicoanalítica infantil se apoyó desde sus comienzos en la idea opuesta, es decir en la hipótesis de que el niño comprende mucho más y mucho antes de lo que el adulto cree.

Si esto vale para la psicoterapia, vale también para la etapa psicodiagnóstica, ya que, a pesar de ser modelos de comunicación distintos, hay algo común que es la búsqueda del lenguaje más apropiado para comprender al niño.

No siempre las reacciones a nuestros mensajes serán preverbiales. Algunos niños contestarán verbalmente. Esto es más frecuente en niños mayores. Tanto las verbalizaciones como las dramatizaciones pueden mostrar las resistencias, el sentimiento de alivio por sentirse comprendido y el *insight* del paciente. Por ejemplo, si el niño mira el cielorraso con expresión de ausencia o de franco desinterés es evidente su deseo de expresar que no le importa lo que le estamos comunicando. Podemos aprovechar esto diciéndole: "Vos preferirías que no te hablara de esto porque no te interesa pero..." Si mientras nos escucha se tapa la boca, puede estar mostrando lo mismo o, más aún, su sensación de que esas son cosas que no se dicen o de las que está prohibido hablar. Otro niño que al escuchar se limpie el ojo de una presunta basurita o dibuje algo y diga que son "gotitas" o busque el pañuelo nos estará mostrando la tristeza que le suscita nuestro mensaje. En otros casos puede cambiar la expresión facial, tornándose más diáfana y alegre, como señal de satisfacción, o más cerrada y hosca, como indicio de resistencia rabiosa a lo que se le dice.

Otros niños pueden verbalizar respondiendo "sí" o "no" al psicólogo, aportando recuerdos encubridores o enriquecedores o diciendo algo que, aparentemente, no tiene nada que ver pero cuyo análisis nos indicará su significado. La devolución de información a un paciente que traen sus padres se realiza después de haberles

hecho la devolución a ellos y teniendo claro qué es lo que piensan hacer ellos en cuanto a las recomendaciones terapéuticas. De lo contrario no conviene adelantar al paciente nada al respecto.

2) DEVOLUCIÓN A ADOLESCENTES

Al margen de que todo lo que hemos dicho a propósito de la devolución a niños pueda resultar útil también para casos de adolescentes, cabe agregar algunas consideraciones.

Con toda seguridad que encontraremos en ellos aspectos infantiles y otros más adultos aunque sea en grado mínimo. Será necesario buscar el medio adecuado de mostrarles sus aspectos infantiles sin herirlos y los más adultos sin "adultificarlos".

Caer en alguno de esos extremos llevará la labor al fracaso. La devolución a adolescentes presenta serias dificultades, tal como acontece con la terapia misma comparada con la de niños y adultos. La intelectualización excesiva suele constituirse en un obstáculo en la comunicación. De una buena devolución depende en un alto porcentaje la buena colaboración del adolescente con el terapeuta que lo trate posteriormente. Ya no es un niño a quien los padres pueden traer por la fuerza si es preciso. De manera que todo lo que se pueda instrumentar en la entrevista devolutiva para que logre *insight* de sus problemas, deseos de repararse y percibir al psicólogo como capaz de mostrarle el mejor camino para lograrlo, será en su favor y en el del terapeuta.

3) DEVOLUCIÓN A ADULTOS

Mucho de lo dicho a propósito de devolución a niños y adolescentes es igualmente útil para adultos. No obstante podemos agregar que en la entrevista con el adulto debe prevalecer la comunicación verbal sobre la preverbal. Si prevalece el material preverbal podemos ratificar el diagnóstico de mecanismos muy regresivos. Es importante incluir con claridad todos los aspectos infantiles que tolere, ya que además de la importancia actual sabemos que aparecerán en el tratamiento que seguramente se le recomendará.

Bibliografía

Ocampo, M. L. S. de, Amigorena, E., Grassano, E. y Schust, M., "La importancia de la devolución de los resultados en el psicodiagnóstico en niños", trabajo presentado en la Xª Conferencia Argentina de Salud Mental, Mar del Plata, 1966.

Ocampo, M. L. S. de y García Arzeno, M. E., "El manejo de la ansiedad en el motivo de consulta. Su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico en niños", *Rev. Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*, año 1, nº 3-4, 1970.

Véase también la Bibliografía del Cap. II.

Técnica de devolución en pareja

Investigación sobre devolución de material psicodiagnóstico dentro de un equipo psiquiátrico en un centro asistencial

Norberto Mario Ferrer y Elida Esther Fernández



Introducción

A principios de 1969 se discutía en el servicio de Consultorios Externos del Hospital Dr. José T. Borda la primacía de derechos sobre la devolución de material psicodiagnóstico al paciente.

La necesidad de la devolución era una realidad impuesta por el paciente; el interrogante giraba en torno de quién —médico o psicólogo— debía realizarla. Para aclarar más los orígenes de esta problemática y de la situación en la que realizamos nuestra investigación describiremos sucintamente la institución, el servicio y, por último, las funciones del equipo psiquiátrico en el mismo.

El actual Hospital Nacional José T. Borda fue fundado hace aproximadamente cien años bajo la denominación de Hospicio de las Mercedes, que cambió luego por el de Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres, recibiendo por último su nombre actual.

Para el consenso popular esta institución era y es “el loquero”, “el manicomio”, “el hospicio”, “Vieytes” (por el ex nombre de la calle).

Experiencia realizada en consultorios externos del Hospital Nacional José T. Borda, de mayo de 1969 a mayo de 1970.

Esto expresa actitudes paranoides transferidas a la institución, entre las que podemos mencionar: rechazo, peyorativización, miedo a la locura, evitación, etc. Actualmente el hospital consta de dos mil quinientos pacientes distribuidos en treinta y cuatro servicios. Tiene un promedio de cinco internaciones diarias, de las cuales la mayoría corresponden al sexo masculino, ya que sólo se internan mujeres en el servicio de Terapia Intensiva.

En el hospital funciona una residencia de psiquiatría y una de psicología clínica, para médicos y psicólogos respectivamente.

El servicio de Consultorios Externos funciona en dos turnos: mañana y tarde. El promedio mensual de primeras consultas en el turno mañana es de ciento cincuenta y tres. Según una investigación realizada en el servicio, sobre ciento sesenta y cuatro pacientes hubo un 41 % de deserciones, de las cuales la mitad se produjeron en la etapa de estudio (deserción precoz [41]). Esto plantea la urgente necesidad de instrumentar nuevas técnicas de estudio y tratamiento, necesidad que intentamos resolver en parte con este trabajo. El servicio está atendido por profesionales médicos y psicólogos residentes y concurrentes distribuidos en seis equipos de admisión, uno para cada día de la semana.

El equipo funciona de la siguiente manera: el médico realiza la primera entrevista de admisión (libre, duración 30') y una segunda (pautada, duración 60'), después de las cuales se intenta una primera aproximación diagnóstica y se decide si tendrá intervención el psicólogo. Esta decisión se hace descartando solamente algunos casos de organicidad o psicosis crónicas.

El psicólogo mantiene de dos a tres entrevistas para realizar un estudio de personalidad aplicando una batería de tests adaptada al caso individual, aunque manteniendo el criterio unificado por todos los psicólogos del servicio. La batería básica utilizada consta de: entrevista libre, House-Tree-Person, desiderativo, test de la pareja, Bender, Phillipson y Wechsler (13).

Una vez finalizada esta etapa de estudio, médico/a y psicólogo/a dialogan y tratan de unificar criterios sobre diagnóstico, pronóstico, tratamiento y derivación. Y aquí surge el problema: quién médico/a o psicólogo/a realiza la devolución. Consideramos que una de las razones de este planteo se encuentra en el vínculo que se establece entre médicos y psicólogos. Cada uno de ellos llega al equipo con un status previo determinado culturalmente por el cual el médico —"el doctor"— es más valorado que

el psicólogo (que incluso carece de reconocimiento legal). Este hecho predispone a una relación donde la competencia, la envidia y los celos se ven incrementados, y que puede llevar, como en el caso que nos ocupa, a la disputa por la posesión del paciente, haciéndolo a éste depositario del conflicto y resultando por lo tanto afectado directamente, ya que ante la disyuntiva no se le hacía sino un escueto anuncio: "La que usted necesita es..." y/o "Lo que podemos ofrecerle es..." (25).

En otros casos el médico o el psicólogo hacían una entrevista en la que se intentaba esta devolución que tanto se requería para la atención adecuada del paciente pero excluyendo al otro miembro del equipo.

Esta otra variante del conflicto nos plantea nuevamente la necesidad de analizar el vínculo entre los profesionales, y cómo éste se manifiesta en la tarea, pudiendo llegar a determinarla. Nuestro trabajo intenta fundamentar tanto la necesidad de que ambos profesionales la realicen juntos como los beneficios que esto reporta al paciente y al equipo.

Las hipótesis se basan en nuestra tarea realizada como pareja terapéutica heterosexual, que creemos la más adecuada para la devolución que proponemos (hecho que fundamentaremos más adelante), sin descuidar por esto la posibilidad de experimentar con una pareja terapéutica formada por profesionales del mismo sexo.

Aspectos teóricos

Sabemos que la devolución es necesaria y también los motivos de que lo sea (esto está claramente fundamentado en los trabajos de Ocampo y colaboradores) (26, 27, 28), pero también sabemos que cuando se la realiza queda excluido uno de los profesionales. Los posibles motivos de economía de tiempo o personal no son suficientes ni válidos en esta institución o en similares, en tanto la técnica de devolución en pareja tiende a disminuir la deserción y realiza un clivaje necesario con el tratamiento posterior.

Dejando sentado que la devolución es un momento imprescindible dentro del "proceso terapéutico", la ausencia de ambos profesionales en la misma (no devolver) o la de uno de ellos (devolver excluyendo al otro), las traducimos como "silencio total" o "silencio parcial" respectivamente (34) pues así pensamos que el paciente vive esas actitudes. Consideramos que este "silencio" que

se establece entre ambos profesionales y el paciente implica una actitud tendiente a confirmar al paciente en su enfermedad, impidiendo que realice una buena relación con los profesionales y a través de ellos con la institución, lo que favorece su deserción precoz y/o condiciona ya un modelo experiencial de vínculo en su futuro tratamiento.

Son muchas las razones de esta conducta evitativa del encuentro de tres. Entre ellas queremos mencionar:

a) La tarea de devolución en pareja es difícil en tanto requiere entrenamiento y, en el caso del equipo, una integración médico/a psicóloga/o donde los roles a delimitar sean centrados en la necesidad del paciente (14). Esto requiere la concienciación y elaboración previa del vínculo entre ambos, la explicitación de los sentimientos de envidia, competencia, rivalidad o celos, y la renuncia a las respectivas fantasías omnipotentes. En relación con nuestra tarea específica es necesaria la aceptación del rol de tercero excluido dentro de la dinámica de un grupo que reproduce y dramatiza el sistema triangular familiar original (24).

b) La tarea de devolución en pareja requiere poder separarse bien del paciente (y por lo tanto haberse unido bien con él) (11). Pensamos, como Vera Campo (8), que en el momento de la separación se plantea, de acuerdo con el monto de frustración, la madurez o inmadurez y el grado de integración de los que realizaron el estudio. Esto nos habla de la importancia del vínculo que se establece entre los profesionales y el paciente.

c) La tarea de devolución en pareja no es sólo una manera de lograr que el paciente reintroyecte sus propias partes depositadas en los profesionales sino también que éstos acepten reintroyectar las propias partes depositadas en el paciente, y pasar de la cosificación tranquilizadora de un diagnóstico a la comprensión del otro como una persona total en situación.

Nuestra tarea es un intento de modificar el sistema de clases que se da en toda institución donde el paciente tiene un status que lo diferencia netamente del profesional: un escritorio hace de división entre la supuesta salud y la supuesta locura (2). Eliminar esta barrera es una tarea larga y difícil que, entre otras muchas cosas, nos enfrenta con nuestros propios conflictos (2, 20).

Devolución en pareja es la comunicación verbal discriminada y dosificada que médico y psicóloga hacen al paciente, dentro de la dinámica de un grupo de tres, de los resultados obtenidos en

todo el proceso de estudio. Consiste así en un vínculo establecido entre tres personas; dos de ellas suponemos que poseen determinadas capacidades que les permiten ayudar al otro, quien tiene a su vez determinadas conductas que interesan y enriquecen a los primeros. Este grupo trabaja con un objetivo común (esclarecer la problemática de uno de ellos) bajo variables controladas. La relación que se establece es así un dialéctico dar y recibir.

Este grupo de tres se establece en la fantasía desde la primera entrevista cuando el médico/a explica al paciente cómo trabajamos en el servicio. Si luego de entrevistarlos ambos profesionales realiza la devolución uno solo y el otro desaparece, se le intensifican y confirman al paciente las fantasías más primitivas de separar a la pareja original, en tanto el tercero excluido pasa a ser amenazante por haber asumido (con su ausencia) lo que el paciente le depositó, promoviendo fantasías de empobrecimiento, robo, curiosidad y envidia (21).

Esta situación aumenta la ansiedad persecutoria y favorece la disociación esquizoide, conduciendo a distorsiones idealizadoras y peyorativizantes que atentan contra la tarea interdisciplinaria que es función básica del equipo (24).

La devolución tiende a reintegrar aspectos disociados del paciente. Si estos aspectos han sido depositados en dos profesionales, el hecho de que éstos puedan juntarse en el afuera brinda al paciente la imagen correctora de que él también puede juntar en el adentro esos aspectos suyos disociados y depositados en los otros, dejando de ser vividos como peligrosos.

Nuestro trabajo emerge únicamente de una tarea en equipo y tiende a la inclusión del paciente en el mismo.

La devolución en pareja tiende a suprimir la "fractura" (40) entre el proceso de estudio y la terapia, articulándose como puente entre ambas.

Nuestra tarea terapéutica comienza desde la primera entrevista brindándole al paciente un continente institucional y un encuadre (factores terapéuticos) y culmina en la entrevista de devolución (proceso terapéutico) (3, 40).

Encuadre

Trabajamos con tres sillas en círculo dejando que el paciente elija donde sentarse.

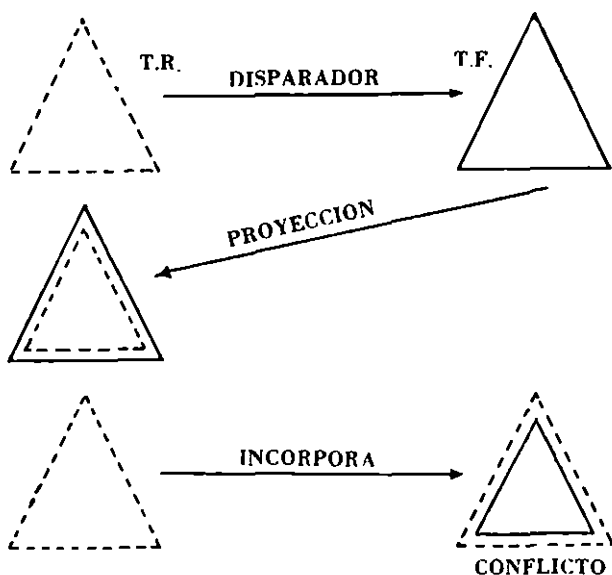
El material de estudio (que ya delimitaremos en técnica) está a la vista para que lo utilice cualquiera de los profesionales en el momento en que se requiera.

La duración de la entrevista es de sesenta o noventa minutos, el tiempo depende de las características de personalidad de cada paciente. Es conveniente comunicar al comienzo de la entrevista el tiempo de su duración.

La pareja terapéutica es heterosexual (29, 30).

Trabajamos basándonos en la teoría psicoanalítica. En nuestro encuadre tomamos además aportes del psicodrama y la terapia breve (15).

Enfrentamos al paciente con una situación triangular real en el aquí-ahora de la devolución. Esto funciona como disparador de la situación triangular internalizada por el paciente que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica (19), consideramos el núcleo fundamental de la enfermedad mental.



Confrontación entre situación triangular "real" y la situación triangular internalizada

El paciente *reviste por proyección* al que llamamos triángulo "real" (paciente, psicóloga, médico) con las características de sus objetos internos primitivos.

En este momento mostramos las discrepancias entre lo depositado y el depositario. Esta primera confrontación llevaría al paciente a concienciar su tendencia a percibir distorsionadamente el afuera de acuerdo con su mundo interno, y su dificultad de reconocer al objeto como tal.

Nosotros activamente le mostramos que tiende a repetir el vínculo triangular internalizado, en una realidad externa que le brindamos distinta a través de la dramatización de roles. Esta "experiencia emocional correctiva" hace emerger el conflicto que lo impulsa a buscar más profundamente en una terapia esas discrepancias, a las cuales se asoma en la devolución.

Apuntamos al Yo en tanto le incrementamos su capacidad de observarse. A los pacientes psicóticos les funcionamos como yo / observador.

Apuntamos al Superyó al permitirle pensar y darle la posibilidad de modificar sus esquemas previos.

Apuntamos al Ello favoreciendo la emergencia de los impulsos edípicos dentro de la capacidad yoica de integración con la realidad externa.

Pensamos que la pareja que hace la devolución debe ser heterosexual porque el vínculo que establecemos debe tener características mínimas de realidad (sexo de los terapeutas en función del rol que desempeñan) para que sea modificadora y no aumente las distorsiones y regresiones (por ejemplo, fantasía de pareja sexual combinada).

Si fuera una pareja homosexual el paciente no tendría el parámetro comparativo externo real (prueba de realidad).

Cuando un paciente proyecta en el terapeuta hombre el rol materno o en la terapeuta mujer el rol paterno, podemos mostrarle sobre la base del objeto real lo masivo de su proyección.

Intentamos no incrementar más la dependencia haciendo una sola entrevista de devolución.

En resumen, consideramos que al trabajar con las relaciones objetales del paciente le producimos una experiencia lo suficientemente intensa que actúa como *señal de alarma* que sacude el núcleo esencial generador de enfermedad.

Presentaremos ahora a nuestros pacientes, pero antes creemos necesario explicitar el problema que suscita en nuestra ciencia la falta de criterios psicopatológicos unificados y el lenguaje no sistematizado, común a los enfoques psiquiátrico y psicoanalítico. En cuanto a lo primero decidimos basarnos (a fines de la presentación clara de la muestra) en la clasificación del doctor Bleger (5) (salvo en el paciente 1, en el cual adherimos a los conceptos del doctor Carlos Paz (31, 32) sobre pacientes fronterizos). En cuanto al lenguaje utilizado consideramos que el aporte del licenciado Harari (18) nos permite una primera aproximación a la discriminación semántica.

Realizamos trece devoluciones en pareja: diez adolescentes entre quince y veinte años, y tres adultos entre veintiocho y treinta y un años.

Sabemos que esta muestra es insuficiente y no representativa, pero sirve como un primer acercamiento a la tarea y pretendemos que llegue a ser motivo de experiencias e investigaciones posteriores.

Las derivaciones realizadas fueron de dos tipos: 1) endogrupal (siete pacientes), cuando el paciente era tomado por uno de los miembros del equipo, y 2) exogrupal (seis pacientes), cuando la derivación se hacía a un terapeuta externo al grupo de tres configurado en la devolución. Sobre las conveniencias de un tipo u otro de derivación no podemos pronunciarnos hasta tanto no se obtengan nuevos datos de mayor número de devoluciones.

Con respecto a la evolución tomamos en cuenta la concurrencia del paciente a la entrevista con el terapeuta indicado y el comienzo con el mismo del tratamiento sugerido. Si esto se cumple la clasificamos como positiva, de lo contrario la denominamos "evolución negativa".

CASUÍSTICA

Paciente	Edad	Estructura de personal	Grado de organización de la enfermedad	Derivación	Evolución
A) Masc.	18	Histérica	Neurosis	Ter. de grupo exogrupo	+
B) Masc.	19	Paranoide	Neurosis	Ter. de grupo endogrupo	+
C) Masc.	15	Esquizoide	Neurosis	Ter. de grupo exogrupo	+
D) Masc.	15	Ritualista	Caracteropatía	Terapia breve endogrupo	+
E) Masc.	19	Accesional	Neurosis	E.E.G. psicofármacos - C.P. exogrupo	+
F) Fem.	20	Esquizoide	Psicopatía	Terapia breve endogrupo	+
G) Fem.	15	Esquizoide	Psicosis	E.E.G. psicofármacos - C.P. exogrupo	+
H) Fem.	30	Evitativa	Neurosis	Terapia breve endogrupo	+
I) Masc.	16	Paciente fronterizo		Terapia breve exogrupo	-
J) Masc.	20	Ritualista	Neurosis	Terapia breve endogrupo	+
K) Fem.	31	Hipomaniaca	Neurosis	Terapia breve endogrupo	+
L) Fem.	28	Esquizoide	Psicosis	Terapia breve endogrupo	-
M) Masc.	18	Depresiva	Neurosis	Terapia breve exogrupo	+

E.E.G.: Electroencefalograma.

C.P. :Controles periódicos.

Técnica

Nos proponemos desarrollar el siguiente esquema para dar un panorama de la técnica sistematizada a través de nuestra experiencia y del aporte de los que investigaron sobre devolución (25, 26, 27, 28, 35).

A. Qué se devuelve

Basamos la devolución en el *material psicodiagnóstico*, que a nuestro criterio consiste en:

1) Material de entrevista libre y pautada realizada por el médico/a.

2) Material de entrevista y batería de tests realizada por la psicóloga/o.

3) La conducta del paciente expresada en las tres áreas (5) durante todas las entrevistas previas a la de devolución (por ejemplo tardanzas, musitaciones, equivocaciones de horario, vestimenta, etcétera).

4) El vínculo establecido por el paciente con cada uno de los terapeutas.

5) La conducta en el aquí y ahora de la entrevista de devolución.

6) Nuestra contratransferencia (mediatizada o instrumentalizada a través de la interpretación operativa).

La devolución de todo este material resulta imposible y además sería perjudicial para el paciente; por eso centramos y ponemos este material al servicio del punto de urgencia o motivo de consulta (manifiesto y latente) sobre el cual va a girar toda la devolución (27, 28).

Consideramos como punto de urgencia manifiesto aquello que el paciente expresa como más angustiante, mientras que el punto de urgencia latente consiste en las motivaciones inconscientes de esa angustia.

Utilizamos como clivaje entre ambos niveles (manifiesto y latente) la mostración de gráficos hechos por el paciente, la lectura de sus propias verbalizaciones en las entrevistas, las historias sobre láminas, las elecciones del test desiderativo, etcétera.

Esto establece entre los tres miembros del grupo un universo compartido.

EJEMPLO N° 1

Paciente F (mujer), 20 años, bailarina. Vino al servicio acompañando a una amiga, y "de paso..." consultó.

Su capacidad de simbolización y la gran proyección de sus fantasías configuraron un material de una riqueza poco común, así como de una extrema dificultad para los que teníamos que comprenderlo y trasmitírselo, devolvérselo.

Reproducimos aquí una parte elegida al azar de la entrevista de devolución.

Psicóloga (lee la tercera respuesta de F. en las catexias positivas del test desiderativo):

“Me gustaría ser un personaje de cuento, que pueda desenvolverse en ese ambiente donde todo es posible y tenga control de sí mismo. Y que ese mundo no se lo trague a él, sino que él pueda vivir, porque también un mundo así puede ser peligroso...”

“Me gustaría ser Peter Pan.”

Médico: ¿Qué opina de esto F.?

F.: No sé, elegí Peter Pan porque pienso que es un personaje muy especial.

Ps.: ¿Conoce la historia de Peter Pan?

F.: La conocía de chiquita... pero no la recuerdo.

El Ps. relata el cuento de P. Pan señalándole que éste, como ella, quería ir al 'país de "nunca jamás", es decir "nunca jamás crecerás". Durante todo el relato del cuento ambos profesionales sintieron a nivel contratransferencial una gran ternura.

F.: Es cierto (con asombro), P. Pan no quería crecer... (Sonríe.) Bueno, a mí también me asusta porque no sé qué voy a hacer, toda mi vida es inestable, tengo la cabeza llena de cosas-problemas, no sé...

Aquí ya nos centramos directamente en el punto de urgencia latente: carencia de identidad.

M.: ¿Recuerda F. cuando la licenciada le pidió que dibujara un animal?

Muestra el test de Levy en el cual había dibujado una ameba con pseudopodios que abarcaba toda la hoja.

F. mira un poco asustada su propio dibujo y luego nos mira inquisitivamente.

M.: La ameba cambia de forma de acuerdo con el medio donde esté y la cercanía del alimento; no tiene un contorno definido, no tiene límites estables...

El médico continúa explicando, refiriéndose siempre al dibujo de F.

F.: ¡Es lo que me pasa a mí! Yo soy como esa ameba...

Ps.: Por eso quizá podamos entender ahora cómo Ud. llegó aquí, acompañando a otra persona y "de paso"... consultó por Ud., porque en ese momento no se animaba a sentirse enferma, necesitaba que fuera su amiga la que tenía problemas que no puede entender ni enfrentar, porque si no Ud. siente que se confunde y que no sabe qué hacer con esa "F" conflictuada.

M.: Claro..., es como si en el fondo no supiera quién es, qué significa ser mujer, ser hombre, qué límites tiene, qué conflictos, qué hacer con ellos...

F.: Es cierto, sí... por ejemplo el otro día...

F. nos relata una experiencia de su vida cotidiana en relación con lo que le estábamos mostrando.

EJEMPLO Nº 2

Paciente J. (hombre), 20 años, trabaja y estudia. Trajo como motivo de consulta un manifiesto temor a quedar ciego por haber mirado un eclipse de sol, temor que se había desplazado a toda referencia o gráfico sobre eclipses (16). Además temía contagiarse de rabia (hidrofobia) y padecer una muerte horrenda.

Concurre por primera vez durante la campaña antirrábica que se hacía en la ciudad y una semana antes del anunciado eclipse de sol en México.

J. es hijo de madre soltera y nunca conoció a su padre. En su pubertad la madre se relaciona con un hombre (relación que continúa hasta la actualidad), aunque no llegan a convivir.

Primero centramos el punto de urgencia en su necesidad de un "papá" continente de su rabia y de su amor, un "papá" al que pudiera expresar su rabia por el abandono sin destruirlo o ser destruido.

Esto se le mostró a través de la historia que había construido

en la lámina siete del T.R.O. (Phillipson) donde aparecía la imagen de un padre muy terrible y omnipotente simbolizado a través de la figura de "papá Doc" (Dictador de Haití), la historia del test de la pareja donde relata la ansiosa espera de una persona que vuelve después de mucho tiempo, y por fin su expectativa con respecto a la entrevista de devolución en pareja.

Sintetizamos todo este material en su necesidad de una "pareja papá-mamá" que le permitiera tener un papá distinto a papá Doc, y así sentir que su "bronca-rabia" no era tan destructiva y peligrosa. Tomamos esto como segundo punto de urgencia: leemos y comentamos la historia del Test del Animal donde (refiriéndose al perro que había dibujado) dice: "Acaba de morder a una persona; el que pueda denunciar su paradero llame al teléfono XX."

Al mostrarle esto J. reflexiona y comenta: "La palabra papá siempre me molestó... no podía decirla."

Tomamos esto para mostrarle en el aquí y ahora su relación con el médico (papá fantaseado) y con la pareja terapéutica, tomando en cuenta nuestra contratransferencia.

EJEMPLO N° 3

Paciente L. (mujer), 29 años, casada, maestra.

Aquí mostraremos cómo devolvemos al paciente en el aquí y ahora el vínculo que establece con los terapeutas.

Uno de los puntos de urgencia de L. era la hostilidad y resentimiento hacia su madre, situación que le impedía por completo comunicarse: "Los, temas sexuales de la adolescencia los traté con papá, mi madre se ponía colorada y no podía conversar."

Esta situación se dramatizó en la entrevista de devolución. Previamente habíamos planificado que sería la psicóloga quien le hablaría de sus conflictos sexuales y quien la derivaría a la consulta con un ginecólogo, ya que se sospechaba un trastorno genital orgánico.

En la entrevista de devolución L. reaccionó ante la intervención de la psicóloga con vehemencia, enojo, acaloramiento y sorpresa. El médico en ese momento interpretó a L. cómo estaba repitiendo con la psicóloga la relación establecida internamente con su madre y cómo el miedo y la imposibilidad de abordar temas sexuales ya eran suyos. El médico siguió mostrando cómo ella

en ese momento actuaba como si fuera al mismo tiempo su madre (acalorada, enojada) y ella misma (sorprendida).

B. Cómo se devuelve

1) *Contrato*

Cuando el paciente llega por primera vez al servicio se le comunica que el estudio lo realizará (en nuestro caso) un médico y una psicóloga que trabajan en el equipo, y que luego de que ambos conversen sobre todo lo que han logrado conocer de él, realizarán una reunión en conjunto para informarle los resultados del estudio, aclarando que se tratará de mostrarle lo que el equipo considere sus problemas más urgentes y el camino a seguir para modificarlos de acuerdo con las posibilidades de la institución y de los profesionales.

Nuestra experiencia nos indica que es de suma importancia aclarar al paciente que, en caso de que se le indique una terapia, el o la terapeuta asignada puede ser otra persona elegida por el equipo como la más adecuada.

En todos los casos debemos acotar que también se tuvo en cuenta la elección del paciente con respecto al tipo de terapia. Por ejemplo, a un paciente a quien pudo resultarle útil una terapia grupal, pero que manifestó un intenso rechazo y una gran dificultad para elaborarlo en el proceso de estudio, se le brindó una terapia individual, sin abandonar el objetivo previo sino dándole una oportunidad para llegar a aceptarlo mejor.

A nivel manifiesto el mensaje transmitido en el contrato es:

- 1) trabajamos en equipo, compartiendo una tarea común;
- 2) le brindamos una imagen de la institución, a través de la relación con nosotros, más cercana a la realidad de la que trae previamente: "aquí me van a psicoanalizar", "vengo para que me den unas pastillitas", "me van a hacer cura de sueño", etcétera;
- 3) dejamos abierta la posibilidad de una derivación a otro terapeuta.

A nivel latente estos mensajes son recodificados (22, 23) como preocupación, cuidado y valoración del paciente por parte de una

pareja continente ("papá-mamá"). Se le trasmite también que vamos a cuidar lo que él nos da y que esto se lo devolveremos adecuadamente, dentro de nuestras limitaciones como terapeutas.

Hemos observado en todos los casos que la ansiedad paranoide disminuye, aumenta la colaboración del paciente y facilita su continuidad en el tratamiento. Durante el proceso de estudio, médico y psicólogo utilizan en las respectivas entrevistas interpretaciones y/o señalamientos de tipo operativo (38, 39). Estos señalamientos y/o interpretaciones, que incluso el médico utiliza ya desde la entrevista libre y la psicóloga desde la primera entrevista de estudio, tienen como objetivo fundamental aumentar la colaboración del paciente y evitar su deserción precoz. Esto configura ya un proceso terapéutico y elimina además la separación tajante entre estudio y terapia.

EJEMPLO N° 4

Ejemplo de entrevista libre tomada por el médico: Paciente F., mencionado anteriormente.

En su primera entrevista F. relata que ya la había estudiado una psicóloga y que después de una semana de tratamiento se fue "porque me salía caro". Entre muchas otras cosas, expresó con respecto a sus relaciones con la gente: "No me ato a nada", "no podría estar en un molde". En cuanto al tratamiento: "No sé si necesito el tratamiento, creo que no, a lo mejor soy maniática y no necesito nada. Como todo el mundo va al psicólogo, una se contagia."

Esta tendencia fóbica de la paciente y la negación de enfermedad atentaban contra sus propios deseos de esclarecer su confusión. Esto lo pensó y sintió contratransferencialmente el terapeuta, quien le interpretó: "Ud. me está avisando que tienes ganas de irse porque está muy asustada de lo que le está pasando y de reconocer que no sólo su amiga (a la que vino a acompañar) tiene problemas sino también Ud."

Esta interpretación era necesaria para aliviar el monto de angustia que dificultaba la entrevista, contribuyendo a la mejor inserción de la paciente en el proceso terapéutico.

EJEMPLO Nº 5

Ejemplo de primera entrevista tomada por la psicóloga: Paciente A., hombre, 18 años, carpintero.

A. fue citado para la primera entrevista psicodiagnóstica y llegó una hora más tarde, pidió un nuevo horario y le aclaró a la psicóloga que esta tardanza era "sólo por la primera vez".

Llegó a la nueva entrevista puntual y prolijamente vestido. Tuvo dificultades para relatar qué le ocurría, contestaba con evasivas y presentaba muchos signos de angustia. Se estableció el siguiente diálogo:

Psicóloga: Lo escucho.

A.: Creo que tengo muchos problemas... por los médicos que fui. (Silencio).

Ps.: ¿Fue a muchos médicos?

A.: Me sentía mal. (Silencio).

Ps.: ¿Cómo es eso?

A.: Es una historia muy larga... pero creo que hoy me siento mucho mejor (silencio), no sé cómo explicarle, creo que son cosas anormales... (se incrementa su angustia).

Ps.: Pienso que Ud. teme que yo lo considere un loco.

A.: Sí, tengo miedo de estar loco. ¿Ud. qué piensa? ¿Qué me puede decir?

Ps.: Pienso que Ud. me vive a mí como un juez que va a dictaminar una sentencia, o que lo va a acusar de loco, y no como alguien con quien Ud. va a reunirse y a trabajar en común para llegar a comprender mejor qué es lo que le pasa y por qué.

A.: Creo que es cierto (sonríe). Bueno... (comienza a relatar sus problemas entre los cuales el más temido eran sus ilusiones y pseudoalucinaciones).

Es importante comprobar cómo lo terapéutico del proceso se evidencia en la modificación que hemos podido observar en todos nuestros pacientes respecto de las fantasías de enfermedad y de curación que traían a la primera consulta y las que expresaban en la entrevista de devolución, siendo estas últimas mucho más adaptadas a las posibilidades concretas e implicando una toma de conciencia de la propia enfermedad.

EJEMPLO N° 6

Paciente B. (hombre), 19 años, trabaja y estudia.

1ª Entrevista:

B. consulta porque supone que tiene un problema glandular (fantasía de enfermedad). Espera de nosotros pastillas o electroshock (fantasía de curación).

Entrevista de devolución:

B. relacionó que las glándulas que él suponía afectadas eran las sexuales porque no sabía qué era ser hombre. Nos pide psicoterapia.

En todo momento tomamos en cuenta la transferencia y la contratransferencia para entender e interpretar al paciente. Coincidimos en esto plenamente con los conceptos de Grinberg, Langer y Rodrigué (17):

“Pero el campo terapéutico operacional de la transferencia debe ser comprendido en su dinámica integral y no sólo en términos del pasado. Intervienen todas las reacciones y actitudes emocionales del paciente, comunicadas o no verbalmente, las que están aparentemente determinadas por las características personales del terapeuta y las que se suponen derivadas de situaciones ajenas al mismo. En síntesis, todos los elementos existentes integran esta situación entre el médico y el paciente que se desarrolla dentro del marco transferencial, y por consiguiente todas las interpretaciones deben ser formuladas sobre esta base.”

2) Devolución propiamente dicha

a) *Apertura.* Como ya dijimos, trabajamos con tres sillas en círculo y el material a la vista durante sesenta o noventa minutos. Uno de los terapeutas o ambos se acerca al paciente y lo hace pasar al consultorio, esperando que él mismo elija dónde sentarse.

Luego de aclararle el tiempo que durará la entrevista se le pregunta: “¿Qué pensó que vamos a decirle, qué se imaginó de lo que vamos a hablar hoy aquí?”

Este primer disparador tiende a incluir al paciente en el grupo y a configurar el grupo de tres evitando la división entre profesionales (omnipotentes depositarios de los conflictos y de las so-

luciones, unidos en bloque) y el paciente (vaciado, desvalido, dependiente y excluido).

b) Acontecer propiamente dicho: Toda la entrevista se va a desarrollar con esta técnica de inclusión del paciente. Se lo interroga acerca de lo que él mismo piensa sobre su material, y qué opina de lo que nosotros le vamos diciendo.

Este *feed-back* requerido al paciente es el que va modelando el ritmo de la devolución y el que nos permite ir profundizando un diagnóstico más certero e inferir el pronóstico.

Consideramos que la entrevista de devolución sintetiza conductas y actitudes (operatividad) tomadas por el equipo desde la primera consulta.

La devolución en pareja establece así un modelo de vínculo triangular que podríamos caracterizar como:

Receptivo: La pareja terapéutica toma en cuenta las opiniones, asociaciones o preguntas del paciente.

No excluyente: La pareja terapéutica no funciona como pareja en bloque sino que integra al paciente y comparte con él un objetivo común.

No cosificante: (6, 7). Durante la entrevista de devolución la pareja terapéutica le trasmite al paciente una imagen de él mismo como persona y no como diagnóstico.

Valorizante: Los terapeutas se preocupan de mostrarle al paciente sus conflictos así como también sus potencialidades.

Permisivo: Se le da toda la libertad para expresarse dentro del encuadre establecido evitando todo matiz recriminatorio o de enjuiciamiento.

Comunicacional: Se evitan los silencios y se intenta que el paciente logre la participación más activa posible, incluyéndose en el grupo de tres.

Le devolución empieza a partir de la respuesta del sujeto a nuestro primer disparador, cualquiera que ésta sea, y la conectamos con el punto de urgencia (27, 28) siguiendo durante toda la entrevista un plan (12) previamente establecido que se caracteriza por:

I) Ir de lo menos a lo más ansiógeno.

II) Ir de lo manifiesto y conocido por el sujeto a lo latente y desconocido.

Utilizamos para esto un lenguaje sencillo, evitando la intelectualización, y tratando de adaptarnos al lenguaje del paciente. El ritmo de la devolución se establece a través del *feed back, timing* del paciente (el de la entrevista y el que pudimos detectar durante la etapa de estudio) y de su capacidad de *insight*.

El material es incluido como fundamentación e ilustración de lo que se le está reintegrando en cada momento. Esto facilita la reintroyección de lo proyectado, elimina el carácter mágico atribuido a los tests y entrevistas y tiende a que el paciente valore su producción.

En varias oportunidades el paciente, en un momento avanzado de la entrevista, lograba a través de la comprensión de lo anterior integrar el significado latente del material que le mostrábamos. Otras veces nos pedía que le explicáramos algún aspecto del material que no se había mencionado.

EJEMPLO N° 7

Paciente A. (hombre) (mencionado anteriormente).

En un momento avanzado de la entrevista A. nos pregunta por qué no pudo dejar de dibujar un cigarrillo al hombre del test de la pareja que se le estaba mostrando. Le señalamos que correspondía a lo que estábamos hablando sobre su necesidad de afirmarse como hombre frente a la mujer vivida por él como más fuerte.

A. sonríe y nos convida cigarrillos.

Como síntesis de la manera de realizar la entrevista de devolución en pareja proponemos que ésta mantenga una dinámica de proceso en espiral, es decir una interacción dialéctica tendiente a una integración cada vez mayor que sintetice y supere el momento anterior (9).

3) Cierre

Hasta aquí se fue configurando una relación triangular que corresponde al modelo del sistema triangular original, internalizado por el paciente, pero en esta experiencia específica modificado vivencialmente a través de la dramatización correctora.

Al llegar a este momento de la entrevista, la reintegración de las partes proyectadas y la consiguiente toma de conciencia de sus conflictos aumentan la ansiedad respecto a cómo hacerse cargo de contenidos tan dolorosos de poseer. Surge, además, la ansiedad frente a la separación.

En este momento el paciente podría decir como Garcin en *A puerta cerrada* de Sartre (36):

"Muy bien, entonces hay que vivir con los ojos abiertos..."

Siguiendo a Sartre en este "infierno necesario", podría ser éste el diálogo interno del paciente en el grupo de tres:

Inés: ¿Y qué, Garcin? Ya estamos desnudos como gusanos. ¿Ve Ud. más claro?

Garcin: No sé. Quizás un poco más claro. (Tímidamente.)

¿No podríamos intentar ayudarnos unos a otros?

Inés: No necesito ayuda.

Garcin: Inés, ha embrollado todos los hilos. Si hace el menor gesto, si levanta la mano para abanicarse, Estelle y yo sentimos la sacudida. Ninguno de nosotros puede salvarse solo, tenemos que perder juntos o salir juntos del apuro. Elija."

El clima del grupo (37) (estado de cosas en el mismo con respecto al trato con sentimientos) que se fue configurando hasta ahora va a posibilitar (si es libre) o a impedir (si es paranoide) el pedido de ayuda por parte del paciente y la posibilidad de dársela por parte de los terapeutas.

Los problemas ante los que nos enfrentamos en este momento son por su importancia los que requieren más cuidado técnico: la derivación y la separación.

En cuanto al primero realizamos dos tipos de derivaciones:

Endogrupal: el paciente es tomado por uno de los componentes del equipo. En este caso es el terapeuta que en este momento se excluye el que, aceptando su exclusión y permitiendo la unión del paciente con uno de los miembros de la pareja terapéutica "papá-mamá", comunica que su compañero/a lo va a tomar en terapia.

El terapeuta asignado hace el contrato, mostrando así que no se trata de una alianza prohibida u oculta para el tercero, sino que es una unión aceptada por el grupo.

Exogrupal: en este caso el paciente es derivado a una persona externa al grupo; aquí es imprescindible que el mensaje sea claro

y se expliciten las fantasías de abandono, rechazo y exclusión que puedan emerger del paciente.

Siguiendo a Erikson (10): "Las etapas orales, por lo tanto, forman en el niño los resortes del sentimiento básico de confianza y el sentimiento básico de desconfianza que siguen siendo la fuente autógena de la esperanza primordial y la condena durante toda la vida" (p. 69).

"Además, el estado general de confianza implica no sólo que uno ha aprendido a confiar en la amistad y la continuidad de los proveedores externos, sino también que uno puede confiar en uno mismo y en la capacidad de los propios órganos para enfrentar las urgencias, y que uno es capaz de considerarse suficientemente digno de confianza como para que los proveedores no necesiten estar en guardia para evitar un mordisco" (p. 223).

Pensamos que en este momento la posibilidad de separarnos bien depende del grado de confianza básico que el paciente puede haber logrado a través de todo el proceso. Si eso se logra surge la ansiedad depresiva frente a la separación, el compromiso frente a sí mismo y hacia nosotros, que confiamos básicamente en la capacidad del paciente para continuar el camino trazado.

EJEMPLO N° 8

Paciente M. (hombre), 18 años, estudiante.

A M. se le iba a hacer derivación exogrupal. En la entrevista de devolución, al comunicárselo, expresó gran frustración y sentimientos de abandono, ya que deseaba que lo atendiera la psicóloga.

Esta le explicó los motivos por los cuales no lo tomaba (falta de tiempo), aunque le hubiese agradado hacerlo. Médico y psicóloga interpretaron minuciosamente a continuación los sentimientos de abandono y exclusión.

Esto requirió un gran esfuerzo por parte de los terapeutas por la intensidad de los sentimientos que se daban en el grupo, ya que la contratransferencia frente a la expresión de abandono y exclusión del paciente fue de intensa culpa y miedo a que no hiciera el tratamiento.

Esta entrevista duró noventa minutos.

Interrogado el paciente al finalizar la entrevista si quería agregar algo más contestó:

—Quisiera decirles que yo entendí bastante todo lo que me dijeron porque esas cosas que me mostraron a mí me pasan.

—Y qué sé yo... ahora sé un poco más por qué pensaba que si no era con Ud. (refiriéndose a la psicóloga) no quería con nadie o la idea de que me tratara Ud. (refiriéndose al médico) medio me asustaba...

—Además es cierto lo que me dicen de las cosas que yo dibujé y todo...

—Me vino bien, la verdad, pero de todos modos me siento defraudado, triste, me hubiese gustado que el tratamiento fuera con Ud. (a la psicóloga). Pero si Uds. dicen que esta persona (refiriéndose a la futura terapeuta) me puede ayudar, voy a probar.

Al terminar la entrevista cada uno de los terapeutas sintió contratransferencialmente una parte del conflicto de M.: así, mientras la psicóloga tenía esperanzas de que M. concurriera a la entrevista con la terapeuta asignada, el médico afirmaba que era muy difícil que esto sucediera.

M. concurre a su entrevista. Le relató a la terapeuta el siguiente sueño:

"Yo estaba en el casamiento de una chica que quería mucho. Se casaba con otro. Todos estábamos muy bien vestidos, me sentía un poco triste aunque al mismo tiempo contento de estar allí."

Podemos observar un cambio notorio entre su primitiva ambivalencia y su posterior aceptación del tratamiento.

Con el afán de intentar una explicación teórica de esta modificación pensamos como Alexander (1) que: "A fin de poder recibir ayuda, aquél (el paciente) debe sufrir una experiencia emocional correctiva adecuada para reparar la influencia traumática de experiencias anteriores.

"Es de importancia secundaria si esta experiencia correctiva tiene lugar durante el tratamiento o en la vida diaria del paciente."

Explicitar la depresión frente a la separación, tanto como las ansiedades paranoides, es de vital importancia para el resultado del trabajo.

Para finalizar la entrevista, volvemos al punto de partida (ley de cierre) preguntándole al paciente su opinión sobre todo lo que estuvimos hablando.

Antes de dar por terminada la entrevista se le pregunta si

quiere agregar algo más. En nuestra experiencia esto posibilitó al paciente expresar sus afectos: agradecimiento a través de una conducta en cualquiera de las tres áreas (regalos, gracias, etc.), temor, agresividad, desconfianza, expectación, dudas, que funcionaban como puente abreactivo emocional para la terapia a comenzar.

C. Cuándo se devuelve

- 1) Cuando el estudio que realizó el equipo esté completo y no haya discrepancias entre los terapeutas respecto de la devolución.
- 2) Cuando haya posibilidades inmediatas de incluir al paciente en una terapia.

D. A quién se devuelve

Pensamos que es imprescindible realizar la devolución a todo paciente a quien se le haya realizado el estudio.

E. Quiénes devuelven

Profesionales que puedan establecer una buena relación de trabajo en el equipo psiquiátrico y una buena relación con el paciente dentro de un grupo que por sus características es muy ansioso y difícil de integrar. Pensamos que para lograrlo es necesario estar o haber estado en tratamiento analítico y tener una formación que posibilite un adecuado manejo de la técnica.

Evolución negativa

Como se definió en casuística, hablamos de *evolución negativa* cuando el paciente, luego de la entrevista de devolución en pareja, no sigue las indicaciones terapéuticas dadas.

Así como tratamos de comunicar los beneficios a través de una adecuada devolución, creemos necesario señalar los daños que

puede causar al paciente una devolución inadecuada. Son varios los *factores iatrogénicos* que pueden perturbar la devolución; entre ellos mencionaremos:

1) Discrepancias entre los terapeutas acerca de qué se devuelve al paciente. Consideramos que si estas discrepancias se refieren en especial al punto de urgencia latente pueden corresponder a una evitación del mismo por parte de alguno o ambos terapeutas.

Esta contrarresistencia (33 por parte de los profesionales no sólo se refiere a uno de los conflictos centrales del paciente, sino que también lo señala. El paciente vive esto como una complicidad oculta. (Véase paciente I, ejemplo nº 9.)

En estos casos, además de tener en cuenta las identificaciones proyectivas con aspectos muy conflictivos del paciente que conducen a la evitación de su explicitación, es también necesario tomar en cuenta los sentimientos que están actuando en la relación entre los terapeutas (envidia, competencia, deseos de alianza con el paciente excluyendo al otro profesional, etc.).

2) Devolución incompleta: cuando se priva al paciente de un material importante para su mejor autocomprensión.

3) Devolución masiva: cuando se inunda al paciente de material que no puede absorber.

4) Derivación inadecuada a las necesidades del paciente de acuerdo con su estructura de personalidad.

5) Imposibilidad de brindar al paciente el tratamiento sugerido en la devolución en pareja en el plazo aproximado de una semana. (Véase paciente L., ejemplo nº 10.)

En estos casos los terapeutas se comportan como padres que seducen y castran, confirmando al paciente sus fantasías de abandono y/o castigo.

EJEMPLO Nº 9

Paciente I: sexo masculino, 16 años, soltero, trabaja y estudia relaciones públicas. Representa mucha más edad de la que tiene.

Nuestra sensación contratransferencial desde el comienzo del estudio fue que nos "engañaba".

Su motivo de consulta manifiesto fue el de sentirse mal ubicado y querer conocerse. En sus relaciones con mujeres le era

imposible mantener un vínculo estable. Vivía el acto sexual como un castigo que le infligía a la mujer y ya comenzaba a tener síntomas de impotencia.

Se lamentaba de no poder ser amigo de su padre, pues éste viajaba. Respecto de la madre decía: "Es lo más grande que hay en el mundo, es tan buena..., la aguanto (acto fallido), me aguenta mucho. La idolatro."

La lámina 11 del test de Phillipson (de cuyas trece láminas I. hizo una sola historia) es significativa con respecto a las relaciones que establecía con sus padres:

"Bueno, él regresa a su casa deprimido por todo esto que le sucedió tan seguidamente y entra al dormitorio de sus padres y ve que sobre la cama está su verdadera felicidad, sus padres: su todo. De esta lámina no se me ocurre nada más."

Interrogatorio

—¿Cuántos personajes ve en la lámina?

—Él y en la cama los padres, pero los padres no se ven totalmente, se ven medio cuerpo.

—Descríbalos, por favor.

—Bueno, no se ve solamente el medio cuerpo de la madre, supongo que el padre está del otro lado y no se ve porque lo tapa la madre.

Los gráficos, en especial el test de la pareja, muestran fuertes tendencias homosexuales y ansiedad de castración frente a la imagen femenina vivida como sumamente peligrosa.

Abundan en todo el material elementos bizarros e índices psicóticos.

En la entrevista de devolución ambos terapeutas nos contrainformamos con el paciente *evitando* hablar del punto de urgencia latente: emergencia de intensos impulsos homosexuales como defensa frente a la psicosis. Esto nos lleva a la actuación de la contrarresistencia derivándolo a una terapeuta mujer.

Es decir que actuamos el sentimiento contratransferencial de "engaño" y desempeñamos el papel de padres que lo impulsaban a una heterosexualidad que él no podía discriminar de una relación incestuosa y por lo tanto castrante.

Después de su desertión I. nos mandaba saludos a través de un profesional del servicio que él conocía, expresando así el vínculo

idealizado y persecutorio que mantenía con nosotros como repetición patológica del vínculo con sus padres.

EJEMPLO Nº 10

Paciente L.: sexo femenino, 28 años, casada, maestra. L. consulta por "inestabilidad emocional e inseguridad".

En la primera entrevista con el médico comenta que padece frecuentemente de anginas, tiene un problema de tricomonas y es constipada desde chica.

Surgen ansiedades psicóticas y síntomas hipocondríacos que hacen pensar en una personalidad psicótica. En el material de test aparecen claramente fantasías de fin del mundo, groseras alteraciones de la percepción, disociación extrema entre fantasía y realidad, fracaso de las defensas útiles y emergencia de sensaciones de despersonalización y extrañamiento.

La entrevista de devolución en pareja se realizó a fines de enero, previa a las vacaciones de la mayoría de los terapeutas del servicio, por lo cual se imponía una separación de un mes entre la devolución y el comienzo de la terapia. La devolución (que en parte relatamos en el ejemplo nº 3) posibilitó a L. una experiencia emocional correctiva que el abandono posterior anuló, por lo que los terapeutas actuaron en este caso como padres esquizofrenizantes que emitían un doble mensaje de aceptación y rechazo que incrementó en la paciente sus conflictos más arcaicos.

L. volvió después de las vacaciones a decirnos que sus horarios le imposibilitaban no sólo realizar el tratamiento indicado, sino cualquier otro.

Comentarios

Intentaremos responder a las inquietudes y sugerencias que nos han hecho las licenciadas María L. S. de Ocampo y María Esther García Arezno sobre algunos aspectos de nuestro trabajo.

- 1) Nos sugieren la conveniencia de incluir al paciente en

una situación triangular en la primera entrevista, separando luego los roles respectivos, para poder realizar una comparación entre primera entrevista y entrevista devolutiva, manteniendo constantes las variables experimentales, y para que la entrevista devolutiva no conduzca a una escotomización del resto del proceso.

Nosotros pensamos que enfrentar al paciente desde la primera entrevista con una pareja terapéutica constituiría una situación muy ansiógena, incrementaría la ansiedad paranoide y podría producir la deserción precoz.

Al darle al paciente un esquema anticipatorio de la entrevista devolutiva y al estar informado sobre el objetivo de la misma, conociendo previamente a los terapeutas, no se escotomiza la entrevista devolutiva del resto del proceso.

Tampoco dudamos de que para comprobar la validez de las distintas hipótesis se hace imprescindible la correspondiente experimentación clínica.

En respuesta a lo que las mencionadas autoras postulan en relación con la introducción de criterios de interpretación nuevos y distintos en la entrevista devolutiva de los empleados hasta entonces, creemos necesario aclarar que durante todo el proceso señalamos e interpretamos en función del triángulo psicólogo-médico-paciente. Esto es así porque el mismo paciente hace continuas referencias a esta relación tripersonal. Además nosotros, durante todo el estudio, intercambiamos la distinta información obtenida y nuestra opinión sobre la misma.

Nos consultamos incluso sobre horarios y formas de trabajo más convenientes para el paciente.

Esta tarea en equipo se continúa en la preparación conjunta de la devolución, planificando entre ambos qué y cómo devolverle.

Esta parte de la tarea es de suma importancia para el éxito de la misma.

2) Nos plantean también la posibilidad de que la experiencia correctora pudiera darse con parejas terapéuticas del mismo sexo, haciendo referencia a trabajos de Abadi y Pavlovsky sobre co-terapia.

Pensamos que hay diferencias significativas en cuanto a los encuadres utilizados, siendo el de los mencionados autores un encuadre psicoanalítico de psicoterapia grupal, de larga duración, en tanto que el nuestro toma también elementos del psicodrama y de terapia breve.

Trabajamos con una sola entrevista devolutiva. Tratamos de estimular el sentido de realidad no actuando sólo como pantallas ni proponiéndonos una elaboración regresiva.

No favorecemos la confusión de la identidad y de los roles porque nuestro objetivo no es realizar una terapia de largo alcance sino, como ya dijimos, un puente con la futura terapia.

Dicen Abadi y Pavlovsky (30): "Durante esta primera etapa éramos la pareja persecutoria, pero sin roles precisos; paulatinamente nos fuimos diferenciando y adquiriendo límites y sexo diferente, lo que dio lugar a otro tipo de material."

No es este nuestro objetivo ni nuestro tiempo.

Sin "subestimar la gravitación de la fantasía inconsciente", en nuestro encuadre le damos relevancia a la realidad externa.

Consideramos nuevamente la necesidad de experimentar clínicamente con parejas del mismo sexo para comprobar la veracidad de estas hipótesis.

3) Por último, nos preguntan las autoras mencionadas cómo procedemos cuando el paciente es traído por otro o por otros que también necesitan una devolución.

Como no hemos trabajado en este tipo de entrevistas no podemos formular una respuesta, aunque pensamos que la devolución a las personas que traen al paciente es absolutamente necesaria.

Bibliografía

1. Alexander F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Bs. As., 1965.
2. Babini Eichelbaum, Ana M., "Educación familiar y status socioeconómico", Investigaciones y trabajos del Instituto de Sociología, U.N.B.A., Bs. As.
3. Bauleo, Armando, "Grupo operativo", *Cuadernos de psicología concreta*, Bs. As., año 1, nº 1, 1969, p. 48.
4. Bleger, José, "La entrevista psicológica", en *Temas de psicología*, Nueva Visión, Bs. As., 1972.
5. Bleger, José, *Psicología de la conducta*, Eudeba, Bs. As., 1964, cap. 14.
6. Bleger, José, *Psicoanálisis y dialéctica materialista*, Paidós, Bs. As., 1963.
7. Bleger, José, "Apéndice", en Politzer, *Psicología concreta*, J. Alvarez, Bs. As., 1965.

8. Campo, Vera y Rosencovich, Sara M., "El psicólogo y la reparación", *Revista Argentina de Psicología*, Galerna, Bs. As., año 1, nº 2, 1969.
9. Caparrós, Antonio, Clases teóricas de Psicología General II, dictadas en la Facultad de Filosofía y Letras de la UN.B.A., 1er. cuatrimestre, 1968.
10. Erikson, Erik, *Infancia y sociedad*, Paidós, Bs. As., 1966.
11. Fernández, Elida Esther y col., "Ansiedades de los terapeutas en psicoterapia de tiempo limitado", IV Congreso Internacional de Psicodrama y Sociodrama, I Symposium Panamericano de Psicoterapia de Grupo, Bs. As., 1969.
12. Devries, Osvaldo, "Del psicoanálisis hacia una psicoterapia planificada", *Revista Argentina de Psicología*, Galerna, Bs. As., año 1, nº 4, 1970, pp. 26-27.
13. Fernández, Elida E. y colab., "Modelo de informe psicodiagnóstico y su aplicación en un caso de psicoterapia breve", IV Congreso Internacional de Psicodrama y Sociodrama, I Symposium Panamericano de Psicoterapia de Grupo, Bs. As., 1969.
14. Ferrer, Norberto Mario y col., "Primeros intentos de formación de un equipo terapéutico en base a las residencias de psicólogos y médicos en los Hospitales Nacionales Borda y Moyano", XI Conferencia Argentina de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, Mar del Plata, 1967.
15. Fiorini, Héctor J., "Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de Amer. Latina*, vol. 4, nº 2, 1968.
16. Freud, S., "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoide*) autobiográficamente descripto", *Obras Completas*, vol. II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
17. Grinberg, L., Langer, M. y Rodriqué, E., *Psicoterapia de grupo. Su enfoque psicoanalítico*, Paidós, Bs. As., 1957.
18. Harari, Roberto, "Sistematización y replanteo de algunos conceptos básicos de la teoría psicoanalítica kleiniana", *Rev. Arg. de Psicología*, Galerna, Bs. As., año 1, nº 2, 1969.
19. Heimann, Paula, "Una contribución a la revaluación del Complejo de Edipo. Las etapas tempranas", en M. Klein y ot., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1965.
20. Jaques, Elliot, "Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva", en M. Klein y ot., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1964.
21. Klein, M., "El Complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas", en M. Klein y ot., *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós, Bs. As., 1965.
22. Liberman, David, "Los fenómenos y las estructuras psicopatológicas inferidas del sistema de comunicación al aplicar el método psicoanalítico", Ficha 132 del Dpto. de Psicología de la U.N.B.A.
23. Liberman, David, *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Eudeba, Bs. As., 1966.
24. Liendo, Ernesto C., "El trabajo con grupos operativos", cuaderno nº 5 del Dpto. de Psicología de la U.N.B.A.

25. Siquier de Ocampo, Ma. Luisa y Friedenthal, Hebe, "Algunas consideraciones sobre la relación del psicólogo que ejerce tarea de psicodiagnóstico en el equipo psiquiátrico", publicación de la Cátedra de Técnicas Proyectivas I.
26. Siquier de Ocampo, Ma. Luisa y ot., "La importancia de la devolución de los resultados psicodiagnósticos en los niños", trabajo presentado en la X Conferencia de Salud Mental, Mar del Plata, diciembre de 1966.
27. Siquier de Ocampo, Ma. Luisa y García Arzeno, M. E., "El manejo de la ansiedad en el motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico", I Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil, Punta del Este, R. O. del Uruguay, 1969.
28. Siquier de Ocampo, Ma. Luisa y García Arzeno, M. E., "El motivo de la consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico", I Congreso Argentino de Psicopatología Infanto-juvenil, Bs. As., 1969.
29. Pavlovsky, E., Martínez, R. y Moccio, F., "Algunos conceptos sobre coterapia", en *Psicodrama psicoanalítico en grupos*, Kargieman, Bs. As., 1970.
30. Pavlovsky, E. y Abadi, M., *Una experiencia de psicoterapia grupal: la coterapia*, Genitor, Bs. As., 1966.
31. Paz, Carlos, "Actualización: el paciente fronterizo", *Revista de Psicoanálisis*, Bs. As., vol. XXI, 1964.
32. Paz, Carlos, "Psicopatía y fronterizos", en *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Bs., As., 1966.
33. Racker, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Bs. As., 1969.
34. Reik, Theodor, "La significación psicológica del silencio", *Revista de Psicoanálisis*, Bs. As., año II, nº 1, 1944, pp. 655-670.
35. Ritemant de Dimant, "Informe psicológico en psicología clínica de niños", *Revista Arg. de Psicología*, Galerna, Bs. As., año 1, nº 2, 1969.
36. Sartre, J. Paul, *A puerta cerrada*, teatro, Losada, Bs. As., 1950, p. 114.
37. Thelen, Herbert, *Dinámica de los grupos en acción*, Escuela, Bs. As., 1964.
38. Ulloa, Fernando, "El método clínico en psicología", ficha nº 148 del Dpto. de Psicología de la U.N.B.A.
39. Ulloa, Fernando, "La entrevista operativa", ficha 149 del Dpto. de Psicología de la U.N.B.A.
40. Ulloa, Fernando, "Psicología de las instituciones. Una aproximación psicoanalítica", ficha nº 280 del Dpto. de Psicología de la U.N.B.A.
41. Vera, Luis y Thierberger, Jorge, "Un estudio sobre deserción de pacientes. Experiencias de residentes en consultorios externos de un hospital psiquiátrico", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, año 16, vol. 57, 1970.

Capítulo X

El informe psicológico

El informe psicodiagnóstico: ejemplificación a través de un caso

Renata Frank de Verthelyi

En este trabajo se intenta mostrar, por medio del informe y el material de un caso particular, cómo se puede elaborar un psicodiagnóstico para lograr una visión total del paciente mediante los diferentes elementos que conforman una batería. Se ha elegido un caso simbólicamente rico, sin dificultades en el nivel intelectual, para poder trabajar con una batería mínima, pues un material excesivo podría resultar engorroso al lector.

En el informe que se adjunta no se pretende ofrecer un análisis último y exhaustivo del caso, sino transmitir una modalidad de trabajo centrada en el análisis de las recurrencias y convergencias. Por este motivo se incluye una explicitación de los ítems sobre los que se basan las interpretaciones. (Recordemos que toda interpretación es siempre una inferencia.)

Este caso fue atendido en la Sección de Psicoprofilaxis y Psiquiatría Infantil del Servicio de Pediatría, a cargo de la Dra. Marta Bekei, en la Sala Seis del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires. El paciente concurrió derivado por un médico de la institución a causa de sus trastornos asmáticos. De acuerdo con la costumbre del Servicio, la atención fue prestada en forma paralela por dos psicólogas; una de ellas trabajó con los padres,* la otra tuvo dos entrevistas, separadas por un intervalo de una semana, con el niño. La devolución, elemento final del proceso psicodiagnóstico, también se dio por separado (aunque en forma

* La entrevista a los padres la realizó la licenciada Silvia Schatzky.

simultánea) a los padres y al niño, según pautas acordadas de antemano en el estudio conjunto del caso.

Algunos antecedentes significativos

Embarazo accidental ("No queríamos más chicos por el momento"), pero aceptado y aparentemente bueno. Datos contradictorios con respecto al parto y los primeros días de vida. Parto normal; el bebé pesó 4.200 kg, a pesar de lo cual parece que estuvo en incubadora. Presencia de Rh negativo de la que se enteran recién en el momento del parto. Situación confusa y de mucho temor. No se practicó cambio de sangre; el padre, por desconfianza, lo llevó a otra clínica a espaldas del Servicio y de la madre. Derrame de bilis. No recuerdan buena parte de los datos sobre alimentación; tomó pecho con dificultad y con una actitud muy pasiva hasta los tres meses. Cuando lloraba de noche le ponían hielo en la cara o le daban un baño frío, justificándolo como indicación del médico. "Así se desacostumbró."

Problemas con la comida y vómitos hasta hace muy poco. Muchas prohibiciones a causa del asma.

A los dos meses de nacer primeros síntomas de fatiga. Desarrollo motor sin dificultades y bastante precoz. Se fomentó la marcha impidiendo el gateo. Control de esfínteres iniciado al año con éxito.

Problemas de sueño, soliloquio, gritos y llantos durante el sueño. Duerme arrollado encima de un osito. Hasta el año cohabitación con los padres y colecho con el hermano. Más tarde trata de pasar a la cama de la madre diciendo "correte, que no se dé cuenta el viejo". Cuando no logra dormir con la madre intenta hacerlo con el hermano.

Lo describen como un chico que traba amistad fácilmente, que no tuvo problemas para entrar en el jardín de infantes a los cuatro años y medio y al colegio a los cinco. Buen alumno, lee mucho, se interesa y es cumplidor.

A los cuatro años se dan en forma sucesiva tres situaciones traumáticas: a) un accidente: es arrollado por un camión y debe ser atendido por lastimaduras que exigen siete puntadas en la cabeza; b) un ataque de poliomielitis por el cual se lo interna durante dieciocho días en el Hospital de Niños; a esto sigue un período

de reposo de siete meses para su tratamiento en el Centro de Rehabilitación. Se le practican dos operaciones en el término de un año y se prevé otra para cuando tenga quince años. Se ha re-puesto bien y actualmente camina con bota y aparato; hay atrofia muscular pero poco acentuada; c) la muerte del abuelo paterno a quien solía ver todos los días y de la cual no se le dan mayores explicaciones.

Primera entrevista

Se le pregunta el motivo de la consulta:

P.: No sé, mamá me trajo, por el Dr. B., no pregunté o sí, no me acuerdo.

Ante la insistencia:

P.: No sé, a mí a veces... alguna comida me hace mal, el tiempo, la calor, la humedad...

E.: ¿Mal?

P.: Sí, ahogos casi siempre, cuando me acuesto más fuerte, hasta las diez...

E.: ¿Qué hacés entonces?

P.: Mi mamá me da remedios, yo a veces... también el frío...

E.: ¿Desde cuándo te pasa eso?

P.: Desde los dos meses... también me agarró un camión... me dieron siete puntadas, me sacó toda la carne, me quedó el hueso... yo tenía cuatro años, no me asusté, me quedé quietito abajo... estaba un tío pero no me quería agarrar porque creía que estaba muerto. Me llevaron a una clínica y me curaron. Puede tener que ver, me vino más fuerte la fatiga... el año pasado día por medio faltaba al colegio por la fatiga, iba el lunes, faltaba el martes... A los cuatro años y medio me agarró la parálisis, la polio, bah... y estuve cinco o seis meses en el Hospital de Niños, después en casa, pero siempre tenía que ir para hacerme atender, ahora camino más o menos bien, pero tengo el zapato, tutores y botas... me atendió el Dr. F., después el Dr. J... y después...

E.: ¿Y qué tal te arreglás?

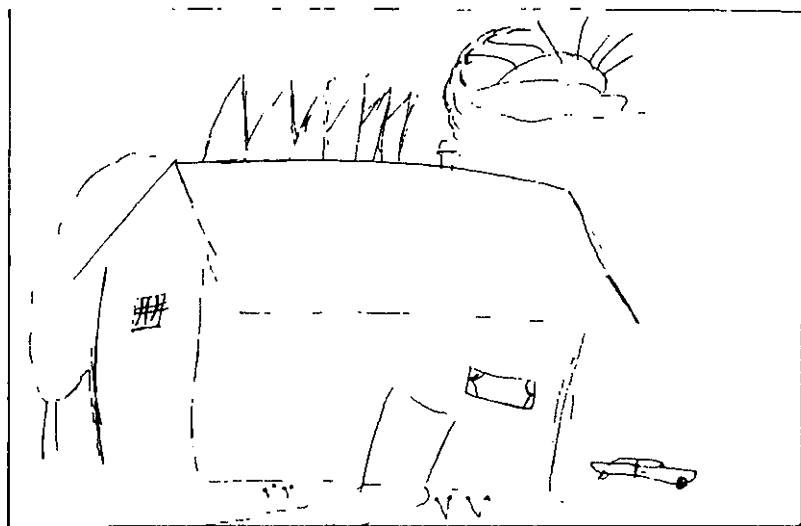
P.: No voy en bicicleta porque me da miedo, pero juego a la pelota, hago natación, tennis, todo eso lo puedo y lo hago... me gusta leer libros de los bárbaros, del Rey Arturo, de Julio Verne... en la televisión me gusta la ciencia ficción y las películas de cow-

boys... ¡Tengo más vidas que un gato yo! Una vez me golpeé, me rompí todo acá atrás, mi hermano me tiró de la sillita alta, me salía mucha sangre de la nariz...

E.: ¿Qué me podés contar de vos?

P.: En el colegio pasé todos los grados, tengo muchos amigos, voy a jugar a la pelota o a dar vueltas con ellos o a leer revistas... mi papá y yo vamos juntos a la fábrica donde es capataz general y armamos carritos... somos los caseros de la fábrica, pero a mí en la fábrica me agarra fatiga muy fuerte... por el olor... es una fábrica de plástico...

Dibujo libre



P.: ...¿El qué?... (*gestos de compromiso*)... ¿Qué podría hacer? (Comienza a dibujar en el siguiente orden: marco de la casa, ventana, chimenea, coche, árbol, montañas).

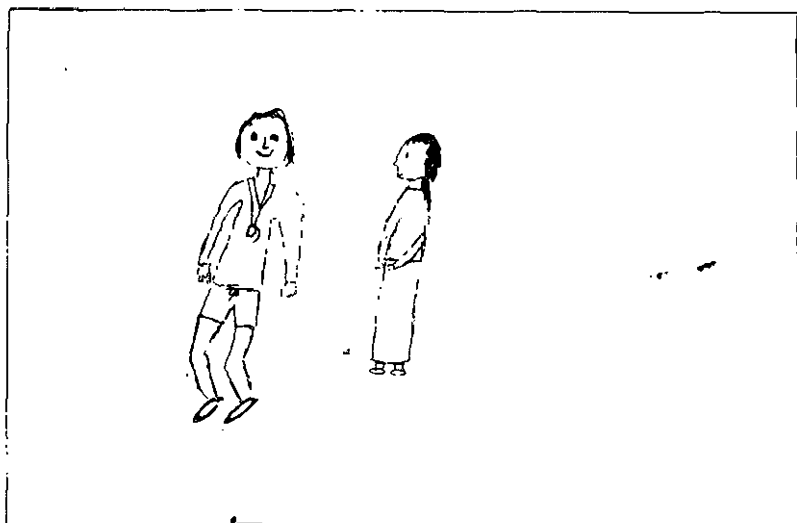
“¿Lo pinto?” Tiene dificultad para decidir qué color usar. Pinta la nube, el sol, se le desparrraman los lápices, le cuesta elegir, pinta la casa, agranda la ventana y pone cortina, agrega otra ventana, agranda la chimenea y le pone humo, se lo nota impaciente, insatisfecho, agrega las flores.

“Un tío mío me enseñó a hacerla . . . yo la hacía de otra manera, toda así (*gesto de más cuadrada*), no como la hago ahora, en una forma más de chalet. Los árboles los hago yo, no me los enseñó otra persona, la casa tengo que sacarla linda, grande, me tiene que salir bien . . .”

E.: ¿Qué me podés contar de lo que dibujaste?

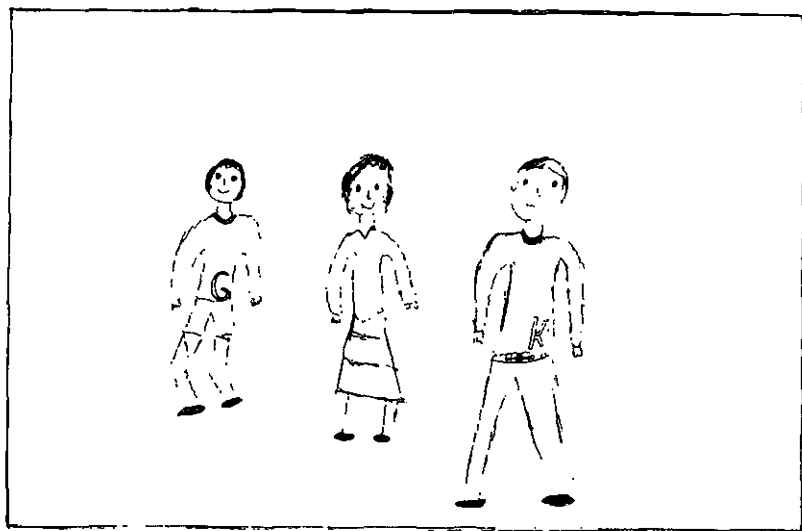
P.: Es una casa en la montaña y el auto está estacionado . . .

Test de la Pareja



Comienza enseguida sin verbalización, muy concentrado. Dibuja primero la figura del varón, tiene dificultad para hacer el brazo y lo borra repetidas veces, hace el medallón, las piernas en movimiento, recién después los rasgos de la cara y por último las manos.

El dibujo de la segunda figura le resulta más difícil: hace el perfil, el pelo, arregla varias veces la nariz y al final dibuja las manos. Mientras dibuja se ríe como si estuviera haciendo una travesura. Cumple el resto de la consigna con facilidad. Escribe primero el nombre femenino. Redacta rápidamente la historia, lo mismo que el título, sin vacilar.



(*Gestos de disgusto.*) ...“¿Puedo ir a pedirle un pañuelo a mi mamá?” Sale y vuelve muy sonriente. “No sé como voy a dibujar a mi papá ... ¿mi mamá también? ... ¿les pongo nombres?” Dibuja con un trazo esquemático, repasado pero en forma rápida y concentrada, con bastante seguridad. Hace primero la figura del hermano, cabeza, cuerpo, piernas en movimiento, zapatos, detalles del cuello. “¡Uy, si lo llega a ver mi hermano me mata!”

Pone nombre a la figura y el título en el centro de la hoja. Comienza la segunda figura, primero de perfil, y borra para hacer la cara más grande y de frente, se detiene mucho en la pollera y en las piernas. “¿Pongo el nombre de ellos o papá y mamá?” Sigue con detalles y solamente al final dibuja las manos. “¡Uy, mi papá!” Coloca su cabeza apoyada sobre el brazo como con gran preocupación, pero más pícaro que ansioso. Hace la cabeza y los rasgos. “Tengo que agarrar éste porque mi papá es colorado.” Toma el rojo, agrega el cuerpo y comienza el relleno muy cuidadoso de los zapatos, detalles en la ropa, la inicial del padre y enseguida la del hermano. Pone el nombre de la madre y luego el del padre. Finalmente agrega las manos. Toda esta secuencia parece más rígida,

más frenada, con mayor ansiedad. Contempla el dibujo, deja y vuelve a tomar el lápiz muchas veces.

E.: ¿Están todos?

P.: ¿Yo también me tengo que hacer? ... No, yo no me hago porque salgo feo ...

Test desiderativo

1 +

P.: ¿Algún animalito? ... por ejemplo *una tortuga* porque tengo una en mi casa y son tan chiquititas y lindas, de cara no, están arrugadas ... son indefensas todas ... me gusta, la tengo adentro de una cajita y cuando van los perros los espanto, gatos y perros, un día uno me la agarró y la lastimó toda, después se curó ... de comer le doy lechuga, zanahoria y carne picada.

2 +

P.: ¿Animal tampoco? ... ¿Alguna planta? ... (*se ríe*). Un *pensamiento* puede ser porque me gusta ...

E.: ¿Por qué te gusta?

P.: Por los colores nada más, los claveles también, pueden ser esos que son salpicados de rosado.

3 +

P.: ¿Por ejemplo la piedra? La *piedra*, la del mar, de esas verdes que hay en los ríos ...

E.: ¿Por qué te gustaría ser piedra?

P.: Y ... porque son fuertes, lindas, las piedras del mar son todas lindas y a mí me gusta el color verde, están bajo el agua, en Córdoba, en el río, piedras la mayoría verdes y rosadas, abajo del agua ... se me perdió el anillo de oro, me lo sacó del dedo el agua y no lo pudimos encontrar ... me quedó el de lata ... se me fue el de oro ... (*muestra el anillo actual de lata*).

1 —

P.: A mí ... (*gestos de no sé*) ... (*gestos de pensar*) ... y ... *una piedra*.

E.: ¿Por qué no te gustaría ser una piedra?

P.: Ninguna me gusta ... y ... porque no se mueve ... y no piensa ni hace nada, si no la mueven no se puede mover por sí sola ...

2 —

P.: ¿Un vegetal? ... Ninguno, lo mismo que el otro, ser persona me gusta siempre a mí ... La *yerba del campo* que está sola y nadie pasa por ahí, nada más.

3 —

P.: ... ¿Un animal? ... la víbora ...

E.: ¿Por qué no te gustaría ser víbora?

P.: Porque se arrastran todo el tiempo.

Se le volvieron a preguntar datos sobre el colegio, ya que era un área poco ansiógena, para terminar la primera entrevista.

P.: Me va bien en todo, mi hermano ya termina, nunca repetí de grado, me gusta el colegio porque tengo muchos amigos para jugar a la pelota, aunque hay veces que no voy por la fatiga, depende del tiempo y de lo que como ... no me gusta faltar.

Segunda entrevista

Test de Relaciones Objetales de Phillipson

LÁMINA 1

P. (*hace un gesto como si le resultara difícil, intenta darle vuelta del otro lado para ver el título*): Parece la figura de un hombre en un incendio que hay humo, parece la sombra también acá, esto que se parece ... qué sé yo ... A lo mejor se prendió fuego alguna garrafa, papeles, se prendió fuego la casa y el hombre dormía y no podía hacer nada. Cuando se levantó ya estaba todo lleno de llamas. Vendrían los bomberos y lo apagarán ...

E.: ¿Y el señor?

P.: No sé, a lo mejor no sabía si los hombres iban a venir o no, estaría asustado buscando la puerta para salir.

Interrogatorio

P.: Humo por lo gris, alrededor del hombre como fuego, casi lo cubre al hombre el humo. Por lo sombreado. El hombre no sabía a lo mejor si iban a venir, él no podía avisar porque estaba asustado y el fuego no lo deja, el hombre se abomba, necesita que un vecino llame, o alguien que pase ...

E.: ¿Cómo va a terminar?

P.: Puede ser que se salve.

LÁMINA 2

P.: Son dos muchachos que parece como si estuvieran en una cueva, mirando un valle, o no... qué sé yo, algo así como un paisaje... Que a lo mejor se querían y fueron ahí, están agarrados de las manos. Un muchacho y una chica, la chica con las manos así (*gesto de unir*) juntos, el muchacho pasa la mano de la chica así al costado nada más. A lo mejor se casaron (*se ríe*).

Interrogatorio

P.: El muchacho es el de la derecha, la chica la de la izquierda, él es más alto, la chica parece que tuviera una pollera, al hombre la parte inferior no se le ve. La cueva por lo negro, como piedras o una ventana con un paisaje atrás, están agarrados de la mano, agarrados.

E.: ¿Qué va a pasar?

P.: Seguro se casan.

LÁMINA 3

P.: Esto parece un banquete en una casa de familia, un señor sentado en un sillón, otro en la mesa, un hombre parado, esta parte ¿qué es?... (*señala arriba de la chimenea*) no sé qué es, un cuadro puede ser... Que después van a ir a acostarse y van a dormir. Nada más.

Interrogatorio

P.: Es un banquete porque la mesa está bien servida. La persona sentada es una señora, hay un anciano en un sillón y un hombre parado tocando el cuadro.

E.: ¿Qué relación tienen entre ellos?

P.: Son la madre, el padre y el hijo, son ancianos, el hijo está parado... siempre mi abuelo hasta que lo tuve se sentó en un sillón, mi tío y mi papá en sillas comunes, fallecieron los dos, uno de mis abuelos lo conocí hasta los seis años, no fui al velatorio porque mi mamá no quería, abuelas tengo dos...

LÁMINA 4

P.: Esta es la sombra de dos hombres, de una señora y un hombre en el marco de la puerta, están juntos, a lo mejor abrazados (*gestos de ay?, mira como pidiendo ayuda*)... nada más... y bueno, a lo mejor... (*ríe en forma pícaro*)... (*hace muecas como tratando de reprimir una fantasía ya muy consciente y no permi-*

vida) . . . a lo mejor pasó como en el dibujo anterior, que se querían y después se casaron . . . y fueron felices y nada más.

Interrogatorio

P.: El hombre es el más alto, no sé si son los mismos que estaban en la cueva, parecen distintos, a lo mejor están abrazados, el hombre diciéndole a la mujer si quiere salir, ir a comer, a pasear o alguna cosa.

LÁMINA 5

P.: Tres hombres, parece que estén en las nubes (*ríe*), después más atrás dos hombres, a lo mejor esos tres hombres eran amigos, estaban peleados con los otros dos, más allá y hay uno solo más atrás . . . y después a lo mejor se amigaron.

Interrogatorio

E.: ¿Por qué hombres?

P.: Por la forma, algunos buenos y otros malos.

E.: ¿Cómo sería?

P.: Cómo no sé. Los que están juntos son amigos, el que está solo puede ser un peleador, no sé por qué (*ríe*), si no estarían los seis juntos.

E.: ¿Cómo los dividís en buenos y malos?

P.: No sé, a lo mejor dos buenos y dos malos.

E.: ¿Qué te hizo pensar en nubes?

P.: Porque están sentados y allí parados como en nubes, así como una colchoneta sobre el piso, un tanto así más alto, nubes como acolchados.

E.: ¿Qué relación tendrían los hombres con las nubes?

P.: No sé, me parece así.

LÁMINA 6

P.: Es una habitación donde está la puerta abierta y por la escalera viene un hombre, la cama está sin hacer y a lo mejor esa cama y todo eso hace mucho que está así, y algún día se va a romper y lo van a cambiar o a lo mejor van a poner una cosa más nueva o más vieja, bueno, más vieja no, no . . . si viene subiendo debe ser de la limpieza, o si no el señor que viene a acostarse.

Interrogatorio

E.: ¿Por qué te pareció que está subiendo?

P.: Porque se ve como una silueta, es un señor, si la cama es cómoda se queda, si es incómoda pedirá que lo cambien.

E.: ¿Qué te hace pensar que la cama no sirve?

P.: Es una de esas camas de huéspedes, las nuevas son de madera, la cómoda también, el espejo, las van a cambiar si el hotel se renueva, tienen que cambiar todo... si alguna vez se le rompe una pata... de la cama o el espejo... la tienen que cambiar.

LÁMINA 7

P.: Esto parece una escalera con hombres que se están peleando, parece que se están peleando y arriba una sombra, hay mucha aglomeración, a lo mejor hubo algún accidente... o a lo mejor la escalera hace mucho que estuvo y se rompió un escalón y una señora o un señor se cayó.

Interrogatorio

E.: ¿Por qué te parece que se están peleando?

P.: Porque están con los brazos levantados y hay mucha aglomeración, mucha gente hay.

E.: ¿Qué pasó con la escalera?

P.: Un escalón estaba flojo, hace mucho, era de madera, saltó un tablón y se habrá caído alguien. Se cayó lastimado y a lo mejor están bajando para ayudarlo, se reunieron para atenderlo, llevarlo al hospital o a la clínica. Puede ser una mujer porque a veces usan taco alto y a veces se rompe.

LÁMINA 8

P.: Bueno, éso son tres hombres, dos juntos y uno aparte, a lo mejor esos hombres eran hermanos y se pelearon (*gestos de dar vuelta la lámina*)... o esta figura también parece una cabeza de un hombre que desemboca en un cuerpo, la cara... (*muy concentrado, silencioso, devuelve la lámina*).

Interrogatorio

E.: ¿Por qué te parecieron hermanos?

P.: Porque parecen de la misma estatura, aunque a veces los hermanos son más grandes y más chicos...

E.: ¿Por qué te pareció que estaban peleados?

P.: Porque no están juntos los tres, estarían conversando los dos.

E.: ¿Dónde viste la cabeza del hombre?

P. (*señala*): Atrás como un hombre tomado de cerca, con la cabeza más grande.

E.: ¿Qué relación habría entre los tres hombres y esa figura?

P.: Ninguna relación, es como si se viera un paisaje, no tiene nada que ver, parece nomás.

LÁMINA 9

P.: Aquí, parece, no es, un hombre y una mujer abajo de una copa de un árbol bastante frondoso, a lo mejor esos hombres eran esposos y la casa y el árbol le pertenecían (*se rasca, cambia de posición*) y a lo mejor esa casa queda cerca de algún parque o de algún lado así, parque, plaza, o... (*gestos de no saber*) y nada más.

Interrogatorio

P.: Son un hombre y una mujer por la altura, parece que están abrazados, no se distingue bien, solamente se notan las cabezas, está todo negro, la casa se nota bien y el árbol también, la gente no se sabe bien dónde se divide.

E.: ¿Por qué te pareció que el árbol podía pertenecerles?

P.: Porque si estaba cerca de la casa y ellos debajo del árbol, posiblemente lo hayan plantado.

LÁMINA 10

P.: En... hay como una entrada, como un pórtico que da a la calle, en una parte hay un hombre grande y cuatro chicos y en la otra hay uno solo, parecen sombras también, a lo mejor el chico ése recién llegó y otros estaban hablando... no sé... nada más.

Interrogatorio

E.: ¿Qué te dio la idea de pórtico?

P.: Porque se parece al patio grande de nuestro colegio, hay una cosa así donde pasamos, largo como una galería.

E.: ¿Qué hace el chico solo?

P.: Vino recién, a lo mejor los anda buscando y cuando los encuentra se va a ir con ellos. Los otros están hablando en el grupo, hay alguien como explicando, cuando se acerque a lo mejor sigue explicando, los chicos le van a explicar al de recién lo que tenían que hacer.

LÁMINA 11

P.: Bueno, eso es un hombre que va entrando a un cuarto, una

habitación donde hay un hombre acostado, en el fondo hay un cuadro, la puerta está abierta, a lo mejor el hombre lo va a saludar . . . o le va a avisar que se tiene que levantar para ir al al trabajo o algo así . . . nada más.

Interrogatorio

E.: ¿Qué te hizo pensar que adentro hay un hombre?

P.: Porque está acostado y se le ven los pies.

E.: ¿Cuál es la relación entre ellos?

P.: Son amigos o a lo mejor el hombre está durmiendo en un hotel y le dijo al del servicio que lo levante, que lo despierte. Sí, parece más eso . . .

LÁMINA 12

P.: Esto es una silla rota, o no está marcado . . . hay como una especie de sillón, mesa servida para una persona, una ventana y un hombre con un cortinado, a lo mejor hace mucho que está, el hombre a lo mejor es prolijo y tiene bien arreglada la casa, la va a seguir teniendo bien. Basta.

Interrogatorio

E.: ¿Qué te hizo pensar que la silla estaba rota?

P.: Porque no está bien pintada, no se nota, lo rojo como un pedazo de silla que se rompió.

E.: ¿Quién es el hombre detrás de la ventana?

P.: A lo mejor el hombre de la pieza, a lo mejor es un hotel con atrás un parque . . .

E.: ¿Por qué un hotel?

P.: No sé, podría ser, pero no, parece que no, las sillas no son de hotel, son de madera de una casa, de una habitación . . .

E.: ¿Por qué te dio impresión de prolijo?

P.: Porque está todo bien, sólo la silla la tiene que cambiar, está todo limpio.

E.: ¿Por qué hace mucho que está?

P.: Parece, los cortinados de ahora no son tan largos como los de antes, mi mamá tiene uno que toca y arrastra el piso, el de mi tía queda arriba del piso, el otro se ensucia, necesita cuidado, éste es el de la ventana, no de la puerta porque no llega al piso.

LÁMINA 13

P.: Puede ser la historia de una casa antigua o de un árbol antiguo, así como la higuera de Sarmiento o el pino de San Lo-

renzo; también puede ser que en ese pino el General San Martín o Sarmiento habrían leído, San Martín descansaba en el pino de San Lorenzo cuando era ya anciano, antes de ir para Francia, descansó un rato y después se fue para Francia.

Interrogatorio

E.: ¿Por qué una casa o un árbol antiguo?

P.: Porque a mí San Martín me gusta, me gustan mucho la Historia y las Ciencias Sociales.

Se le pidió si podía encontrar significado al rojo en la L. 3: "sí, es una casa grande como una estancia o algo y esto puede ser una campana para llamar a comer o a lo mejor una lámpara".

Tiempo total de la administración: 50 minutos. La lámina que le gustó más fue la 10 y lo que le gustó menos la 7. La primera "porque se parece a mi colegio" y la segunda "porque hay mucha aglomeración y hubo un accidente".

Aproximación previa

Más allá de las pautas generales que se deben tener en cuenta para analizar el material, tal como se explicita en los diferentes capítulos de este libro, para este caso particular nos interesa ver qué tipo de preguntas podemos hacernos frente a la historia evolutiva y frente a los datos aportados. En ambos es evidente la gran influencia de las situaciones traumáticas sufridas.

Por lo tanto cabe preguntarnos: ¿Qué factores predisposicionales y desencadenantes pudieron existir para la temprana aparición del asma? ¿Cómo vivió las diferentes situaciones traumáticas y qué fantasías le despertaron? ¿Cómo vivió la muerte del abuelo no explicitada, en relación con las situaciones traumáticas propias? ¿Cómo vivió el período de internación e inmovilidad? ¿Qué influencias pudo haber tenido en su identidad sexual y en su esquema corporal el proceso de enfermedad y rehabilitación? ¿Se relacionan o no y cómo, en un nivel de realidad y fantasía, las situaciones traumáticas entre sí? ¿Cómo gravitan las secuelas en la etapa puberal actual? ¿Cuáles fueron las defensas intentadas en el momento de peligro y ataque al cuerpo (accidente-enfermedad-operación), con cuánto éxito y cuáles se han mantenido hasta la actualidad? ¿Con cuánto ajuste se percibe el daño corporal sufrido?

do? ¿Qué sentimientos predominan en el paciente y su grupo familiar respecto del pasado y del presente y qué expectativas hay en relación con el futuro? ¿Hasta dónde el motivo manifiesto de consulta (la fatiga asmática actual) encubre otro más latente relacionado con la poliomielitis y la operación futura?

Las preguntas, que pueden ser innumerables, originan diferentes hipótesis y deben servir como guía interna para la inspección del material sin que lo tergiversen u oscurezcan.

Informe psicológico

Nombre: N.N.

Edad: 10 años y 10 meses.

Escolaridad: 6º grado.

Grupo familiar: Madre, 34 años, ama de casa.

Padre, 40 años, capataz de fábrica.

Hermano, varón, 13 años.

Habitan una casa modesta, situada junto a la fábrica donde trabaja el padre.

Material utilizado para el diagnóstico

Entrevista a los padres y material proyectivo que incluye dibujo libre, Test de la Familia, Test de la Pareja y Test de Relaciones Objetales de Phillipson.

Motivo de consulta

Lo deriva un médico de hospital que lo atiende desde hace varios meses por una afección asmática a causa del recrudecimiento de los ataques en la actualidad. Los padres refieren además cierta dificultad en el manejo del hijo. La conducta de éste "puede deberse" a las secuelas de una poliomielitis que ha producido atrofia muscular en una pierna (necesita reeducación y una posible operación a los quince años). Esta dificultad se manifiesta a través de una conducta muy cambiante, por momentos "razonable" y sumisa, en otras explosiva y agresiva, sobre todo con el hermano, a quien domina por medio de su rol de enfermo.

Nivel descriptivo

N.N. proviene de un hogar de clase baja, normalmente constituido, en el que predominan los valores y aspiraciones de la clase media: el esfuerzo individual, el éxito intelectual y la destreza deportiva. Los padres se muestran colaboradores y aportan muchos datos, pero el gran monto de ansiedad y culpa que se genera en la entrevista hace que el relato por momentos resulte confuso y contradictorio, sobre todo cuando se hace referencia a los primeros días de vida y al proceso de la enfermedad. En todo momento tratan de acentuar cuánto se han preocupado por el hijo, pero al mismo tiempo se percibe una falta de verdadera empatía con las reales necesidades de éste, así como una dificultad para aceptar la seriedad de las lesiones corporales que ha sufrido.

Aparentemente existió, desde los primeros meses de vida, una pauta de relación muy exigente, con poca tolerancia para la expresión de necesidades y la libre descarga de agresión. Si lloraba de noche le ponían hielo en la cara o lo bañaban con agua fría; cuando enfermó de polio insistían en que se parase, sin creer que no podía hacerlo. En la actualidad esa misma exigencia se ve en las expectativas del padre: quiere que el hijo sea futbolista. En todo momento las causas de las crisis asmáticas (que comenzaron a los dos meses de edad) se atribuyeron a factores alérgicos externos —comidas, cambio de clima— y se minimizaron los trastornos, a pesar de su recrudecimiento cuando acudieron al médico que lo derivó. Se apoyaron en la opinión de éste cuando dijo que N.N. no tiene trastornos físicos que justifiquen mayor cuidado o sobreprotección. Así, frente a cualquier amago de fatiga asmática, le repiten enfáticamente: “no vayas a tener fatiga, que si no no podés jugar al fútbol”. Con esto logran, a veces, que disminuya el ataque.

N.N. es un chico pelirrojo, de aspecto pícaro y muy seductor. Alto para su edad, tiene un físico proporcionado; la renquera es perceptible pero no muy acentuada. Usa zapato especial y aparato, pero no se le notan debajo del pantalón. Cuando queda afuera esperando se muestra tranquilo, abstraído en la lectura de una revista, como si no consultaran por él. Afirma desconocer el motivo de la consulta, y cuando se le pregunta por el asma lo relaciona con agentes externos (igual que los padres) pero acentúa que tuvo que faltar al colegio casi día por medio el año pasado

"a causa de la fatiga". A pesar de que no incluye problemas de índole psicológica en su relato (entrevista) muestra gran necesidad de comunicar inmediatamente y una tras otra las situaciones traumáticas por las que ha pasado; las enumera rápido, con un tono casi jocoso, desprovisto de afecto, como haciendo alarde de su capacidad de supervivencia. Dice al final: "más vidas que un gato tengo yo, ¿no?" Esta secuencia logra su impacto, ya que el entrevistador se angustia por él.

Inmediatamente contraponen los éxitos escolares a los daños corporales. Los relata con mucho énfasis y satisfacción, al igual que su habilidad para jugar a la pelota y para tener amigos. En general se muestra interesado y colaborador y realiza las tareas con bastante fluidez y facilidad; se permite comentarios y apreciaciones que muestran un alto nivel de autoexigencia¹ y una fuerte necesidad de aprobación.²

De la totalidad de su relato y del de los padres se obtiene la imagen de un chico que se desempeña adecuadamente fuera del hogar, sobre todo en la escuela, pero que en la casa se vale de los beneficios secundarios de la enfermedad. De este modo logra la sobreprotección del padre y del hermano, quienes piensan: "pobrecito, no lo vamos a hacer llorar".

N.N. trata de dar, a través de su conducta, una imagen propia de seguridad y desenvoltura, de adaptación y de equilibrio y no hace referencia alguna, en forma espontánea, a las dificultades relacionadas con la secuela de la poliomielitis. Parece existir, en todo el grupo familiar, un compromiso implícito por el cual el ataque asmático, en tanto es funcional, es permitido como motivo de preocupación y consulta, mientras que la secuela de poliomielitis, con su característica de relativa irreversibilidad y daño corporal, sólo se expresa en forma velada o se explicita ante la insistencia del entrevistador. El material de N.N., simbólicamente muy rico, contradice esta jerarquización y acentúa la gran influencia del motivo latente de la consulta.

¹ Actitud general en los gráficos, y verbalizaciones como "los árboles los hago yo, no me los enseñó otra persona... la casa tengo que sacarla linda, grande, me tiene que salir bien".

² "¿Qué podría hacer? ¿Lo pinto?", y en el desiderativo, previo a la elección de caxexia: "¿Algún animalito?" "¿Alguna planta?"

Desde el primer test se hace evidente (y se acentúa luego a lo largo del material) que detrás de la fachada de aparente seguridad con que se muestra, hay un chico asustado y dependiente que teme a la inmovilidad y a la muerte.

Su dibujo libre muestra, como autopresentación, tanto las dificultades como las defensas intentadas: un yo inflado, sobrecompensado pero endeble, un esquema corporal sentido como pura cáscara, sin consistencia ni estabilidad,³ dificultad para afirmarse en el rol masculino,⁴ comunicación y expresión dificultosas de los afectos⁵ y una agresividad incisiva que asoma detrás del techo-cabeza del mismo modo en que asoman los arranques de rabia y rebeldía detrás de su conducta habitual, intelectualizadora y sumisa.

Los múltiples traumas sufridos han sido vividos como ataques severos al cuerpo y al yo, dando lugar a sentimientos de pánico y paralización, a un intenso temor a quedar atrapado, ahogado, muerto, en situaciones que lo superan.⁶ Necesita apelar a otros para que detecten el peligro y asuman la defensa por él.⁷ Además del mensaje transferencial de pedido de ayuda al psicólogo,⁸ muestra cómo se siente atrapado, con un yo que no puede hacerse cargo de su autodefensa; necesita entonces "no ver" la

³ Véanse características generales del dibujo libre: grande en tamaño pero puro borde sin rellenar, sin base de apoyo, con la casa totalmente abierta en el costado izquierdo.

⁴ Proporción entre la casa y el auto (éste es pequeño, está aislado, no se sabe para qué lado avanza).

⁵ Ventanas pequeñas, torcidas, una de ellas semejante a las de las cárceles (ubicada en la pared sin límites, como símbolo del conflicto entre la contención y la salida abrupta, que se expresa tanto en su manejo de la agresión como en el síntoma), puerta que se cae, camino trunco, chimenea pequeña con humo cortado.

⁶ Lámina 1 de Phillipson: "se prendió fuego la casa y el hombre dormía y no podía hacer nada... casi lo cubre el humo... el hombre se abomba..."

⁷ Lámina 1 de Phillipson: "a lo mejor no sabía si los bomberos iban a venir o no... él no podía avisar porque estaba asustado... necesita que un vecino llame... o alguien que pase..."

⁸ En la misma lámina, la insistencia en que sea alguien de afuera de la casa quien lo asista, como si adentro de la casa todos tuvieran los ojos tapados y no pudieran ver, igual que en los gráficos.

situación a través de negaciones maníacas⁹ y conductas de sobreadaptación. Todo intento de verdadero *insight* y autodefensa en la actualidad se halla “congelado”, del mismo modo que antes fue “enfriada” cualquier expresión de angustia o reclamo manifestada a través del llanto.¹⁰

A medida que la toma de los tests avanza, aparecen reiteradas referencias a objetos atacados, dañados y rotos¹¹ expuestos, en consecuencia, a reemplazarlos por inútiles o anticuados (ser como un mueble al que hay que cambiar porque tiene “una pata rota”).¹² Estar marcado por la secuela de polio es como estar realmente roto, castrado, con posibilidades de ser abandonado, por no responder al elevado ideal del yo del grupo familiar con el cual se identifica. Aunque no hace referencias directas al período de internación y a su separación de la familia, en su material aparece el miedo a la soledad y al abandono¹³ y hay una identificación insistente de la cercanía física con el amor¹⁴ y de la distancia con el desapego y el enojo.¹⁵

El temor al abandono tendría dos fuentes: que lo dejen por estar marcado, disminuido, inútil o que se lo aisle a causa de su agresividad.¹⁶ Estas dos fuentes aparentemente disímiles se unen en la fantasía de N.N., ya que la situación traumática fue vivida como consecuencia de una agresión y como retaliación frente a

⁹ Tono jocoso en la entrevista cuando menciona las situaciones traumáticas: “más vidas que un gato, tengo yo”.

¹⁰ Recuérdese el manejo temprano de los padres que le ponían hielo o lo bañaban en agua fría cuando lloraba.

¹¹ Test desiderativo, segunda catexia positiva: ... “un día me la agarró y lastimó toda”... Lámina 6 de Phillipson: ... “algún día se va a romper... si alguna vez se le rompe una pata”. Lámina 7 de Phillipson: ... “a lo mejor la escalera hace mucho que estuvo y se rompió un escalón”. Lámina 12 de Phillipson: ... “ésta es una silla rota”.

¹² Lámina 6 de Phillipson: ... “y lo van a tener que cambiar”. Lámina 12: ... “las van a cambiar si el hotel se renueva, tiene que cambiar todo”... ... “si alguna vez se le rompe la pata, la tienen que cambiar”.

¹³ Test desiderativo, segunda catexia negativa: “la yerba del campo está sola y nadie pasa por ahí”.

¹⁴ Lámina 5 de Phillipson: “los dos que están juntos son amigos”.

¹⁵ Lámina de Phillipson: “¿peleados? ¿por qué no están juntos los tres?”

¹⁶ Lámina 5 de Phillipson: “el que está solo puede ser un peleador”.

su propia agresión.¹⁷ De allí, probablemente, el monto de la culpa frente a su yo y la sensación de irrecuperabilidad tan acentuada. La agresión, siempre tan mal tolerada por los padres de N.N., se manifiesta ahora en dos tipos de crisis: la asmática (con una activa inhibición y un vuelco hacia adentro de toda solicitud o protesta) y la de enfrentamiento y rabia (con una evacuación súbita frente al miedo de estallar). Ambas son negativas, ya que una pone en peligro la salud y las posibilidades yoicas (dificultades en el deporte, en la asistencia al colegio, etc.) y la otra atenta contra el vínculo de protección y afecto que tanto necesita e intenta recuperar a través de períodos de sumisión, insistiendo en los beneficios secundarios acordes con el rol de disminuido y enfermo. A su vez, la frustración que trae aparejada esta conducta aplacatoria provocará un incremento de la agresión subyacente y llevará a nuevos ataques.

El período de inmovilidad y los tratamientos de rehabilitación mediante calor y masajes parecen haber reavivado en N.N. fantasías muy arcaicas. En ellas el accidente-enfermedad es percibido como un ataque oral-sádico¹⁸ y la defensa es la vuelta al útero en busca de protección y cuidado.¹⁹ Se forma así un círculo vicioso que lleva a la desesperanza, ya que estar afuera (crecer) es estar expuesto a un ataque retaliativo por las fantasías sádicas de morder el pecho, y estar adentro (defenderse) es vivido como asfixia, con pérdida de los aspectos yoicos más valorados tales como la independencia y el movimiento.

¹⁷ Lámina 7 de Phillipson: donde transforma una situación de agresión y pelea entre hombres en otra de accidente y cuidado, donde el accidentado resulta ser una mujer y la causa del accidente un defecto de larga data (tablón raído de la escalera). Esta referencia a lo antiguo estaría representando su propia inestabilidad afectiva por la agresión inhibida y sufrida desde muy pequeño, igual que la referencia al cuidado de su propia situación vital de lograr protección como beneficio de la enfermedad... "se están peleando... parece que se están peleando... o a lo mejor hubo un accidente... se cayó lastimado y están bajando para ayudarlo, se reunieron para atenderlo".

¹⁸ Test desiderativo, primera catexia positiva: "ataque de gatos y perros". Lámina 3 de Phillipson: El banquete se convierte en velatorio.

¹⁹ En la misma catexia: "...chiquititas, arrugadas, indefensas, adentro de una cajita..." Test desiderativo: La elección de la piedra como símbolo positivo y negativo indicaría la idealización y el peligro de la vuelta al útero (piedra debajo del agua).

En cuanto a su identidad sexual, la problemática central se expresa en el temor a la inmovilidad y su consecuencia, es decir, el ser movido por otro²⁰ con una connotación que equipara invalidez con feminidad. Lo masculino es identificado con el movimiento y proyectado masivamente en la figura del hermano: queda él desposeído de todo aspecto viril y aparece como una mujercita tapada y dependiente.²¹ Podemos suponer que la dificultad en la identificación sexual y el temor frente a sus propios aspectos femeninos pasivos reflejan una típica problemática puberal, acentuada en este caso por la constante sobreexcitación que significó la cohabitación temprana, el colecho con el hermano y la manipulación constante que incluye el proceso de rehabilitación (masajes). Todos estos elementos excitantes, acompañados posiblemente por una masturbación excesiva (real o fantaseada), son vividos como un peligro muy grande²² que se expresa tanto en su identificación sexual lábil como en los problemas del sueño y la fatiga nocturna.

En el test de la familia, del cual él se excluye,²³ el hermano ocupa el primer lugar (de manera estereotipada aparece corriendo). La proyección masiva de lo valorizado en el hermano cubre, sin embargo, sentimientos de intensa rivalidad y envidia²⁴ por

²⁰ Test desiderativo, primera catexia negativa: "porque no se mueve... si no la mueven no puede moverse por sí sola". Tercera catexia negativa: "vibora, porque se arrastra".

²¹ Dibujo de la pareja, donde la disociación de aspectos masculinos y femeninos está muy relacionada con el poder mostrarse (*shorts*) o necesitar llevar ropa hasta los tobillos (pantalón largo como él). También, como dos momentos de su historia, el previo y el posterior a la poliomielitis, su identidad infantil vivida como potente e idealizada y la actual como castrada y empobrecida.

²² Lámina 1 de Phillipson: "...a lo mejor se prendió fuego una garrafa... y el hombre dormía"... El fuego simboliza la excitación y el incendio el peligro y el castigo consiguiente.

²³ "¿Yo también me tengo que hacer?... No, yo no me hago porque saldría demasiado feo."

²⁴ Tests de la familia y de la pareja: el hermano no parece correr, sino más bien estar a punto de caerse, y el comentario: "¡uy, si lo llega a ver mi hermano me mata!", que corresponde al temor de que descubran sus verdaderos sentimientos hacia aquél. Lámina 8 de Phillipson: "porque parecen de la misma estatura... aunque a veces los hermanos son más grandes y más chicos". Recuérdese además que la caída de la silla alta, aparentemente

el que ha salido indemne, sin lesiones corporales. Parece haber desplazado en la actualidad la rivalidad edípica hacia el hermano,²⁵ para mantener un vínculo positivo con el padre bueno, fuerte y protector. Contrarresta así fantasías muy intensas de castración, confirmadas por los reiterados ataques que recibió en plena etapa edípica y su secuela de atrofia muscular.

Mientras que frente a situaciones (láminas) que implican relaciones de a dos, N.N. puede pasar, con un aire de franca picardía, de su primer intento de negación del vínculo amoroso²⁶ a la aceptación del mismo con una franca connotación sexual, en situaciones triangulares prevalece el conflicto que se expresa a través de la negación del tercero,²⁷ la muerte de uno de los personajes,²⁸ la disputa fraterna que llega incluso a provocar una severa distorsión perceptual con inclusión de un objeto bizarro.²⁹

Dentro del grupo familiar, la fantasía de una madre ahogante que no tolera ninguna expresión de ansiedad y un hermano que siente privilegiado llevan a N.N. a identificarse con el padre en el nivel intelectual,³⁰ a ser el padre y a tenerlo para él. Sin em-

provocada por el hermano es un accidente que trae N.N. en la entrevista pero que los padres no comentan (¿fantasía?, ¿proyección?, ¿recuerdo encubridor?).

²⁵ Lámina 8 de Phillipson (triangular): ... "a lo mejor eran hermanos y se pelearon..." Aquí se incluye el objeto bizarro: "esta figura también parece una cabeza de un hombre que desemboca en un cuerpo..."

²⁶ Lámina 2 de Phillipson: "son dos muchachos mirando... a lo mejor se querían... un muchacho y una chica... a lo mejor se casaron..." Lámina 4: "a lo mejor abrazados... a lo mejor se querían y después se casaron..." Lámina 9: "a lo mejor eran esposos". El sentimiento puberal de culpa por la fantasía sexual trata de controlarse a través de la duda "a lo mejor" y de una cierta huida de la situación de intimidad en la Lámina 4: "el hombre diciéndole si quiere salir... ir a comer..." y en la Lámina 9 donde la preocupación por la pertenencia o no del árbol (¿hijo?) actúa como un tercero interfiriendo en el relato de lo que la pareja hace o piensa como tal.

²⁷ Lámina 4 de Phillipson: No se ve el tercer personaje, no hay quién interfiera o espíe, a la inversa de lo que ocurre en la realidad donde él trata de controlar a la pareja incluyéndose en el lecho matrimonial.

²⁸ Lámina 3 de Phillipson: "son ancianos, mi abuelo hasta que lo tuve... fallecieron los dos".

²⁹ Lámina 8 de Phillipson: ... "también parece hacer una cabeza de hombre que desemboca en el cuerpo".

³⁰ Test de la Familia: ... "tengo que agarrar esto (lápiz rojo) porque mi papá es colorado" (igual que él, que es intensamente pelirrojo).

bargo fracasa, posiblemente porque no puede cumplir las exigencias que el padre le plantea en el nivel corporal.³¹ Por eso establece una relación ambivalente con el objeto: es imprescindible porque es protector; pero también es frustrante en cuanto su protección y su cariño dependen del cumplimiento de un rol imposible.³²

Su sentimiento de no hallarse realmente contenido en el grupo familiar³³ es compensado mediante una conducta seductora y reaseguradora afuera (colegio, amigos, relación con el entrevistador) enfatizando la aceptación del grupo de pares, a pesar de sus dificultades o diferencias.³⁴

Los sentimientos básicos que N.N. expresa a través de su material son la angustia y el temor a la muerte junto con la impotencia y la desesperanza frente al año sufrido. Existen serias dudas sobre su recuperabilidad:³⁵ no sabe si sus esfuerzos adaptativos, la rehabilitación y la futura operación le permitirán recobrar un N.N. entero y nuevo o si deberá quedarse para siempre con el recuerdo de aquel que fue antes de la enfermedad.³⁶ Frente a la idea de la muerte (que lo tocó tan de cerca en las situaciones traumáticas, en particular en el accidente y en la falta de explicación sobre la muerte del abuelo), intenta reiteradas

³¹ Test de la Familia: No se incluye más que a través de la similitud con el padre. Pero inmediatamente lo identifica con el hermano al ponerles a los dos grandes iniciales.

³² Recuérdese la fantasía del padre de que fuera futbolista.

³³ Parecería haber una duda a lo largo del Phillipson acerca de si los personajes están en su casa o en un hotel. Ej.: Lámina 6: "es una de esas camas de huéspedes". Lámina 12: "a lo mejor es un hotel". Parece que están de paso. Lámina 6: "si viene subiendo debe ser de la limpieza o si no el señor que viene a acostarse". Siguiendo esa línea quizás el pedido del pañuelo a los padres antes de dibujar era una forma de comprobar si estaban y si podía contar con ellos. A pesar de ello no puede incluirse en el dibujo y predomina el sentimiento de rechazo y exclusión.

³⁴ Lámina 10 de Phillipson: "a lo mejor vino recién... los anda buscando... los chicos le van a explicar". No hay mención de rechazo o aislamiento por parte del grupo. Está afuera pero es inmediatamente integrado.

³⁵ La gran cantidad de "a lo mejor" y de relatos puestos en un futuro dudoso en el Phillipson. En el desiderativo, tercera catexia positiva: "abajo del agua se me perdió el anillo de oro... y no lo pudimos encontrar... me quedó el de lata, se me fue el de oro..."

³⁶ Lámina 5 de Phillipson: "...y lo van a cambiar... a lo mejor van a poner una cosa más nueva o más vieja, bueno más vieja, ¡no!"

negaciones maniáticas. Cuando fallan trata de compensar, mediante fantasías de gratificación oral³⁷ o de inmortalidad,³⁸ la sensación de endeblez y futilidad.

Resumiendo: podría decirse que debajo de una adaptación exitosa (rehabilitación bastante lograda que permite algunos deportes y que no interfiere su desempeño escolar), hay una depresión latente muy acentuada que se expresa a través del recrudecimiento de los ataques asmáticos. Ellos funcionan como señal de alarma para que alguien, fuera del círculo familiar, se haga cargo del enorme esfuerzo que exige mantener la actual fachada. Son un verdadero pedido de auxilio para que lo salven de "morir ahogado" bajo el peso de su autoexigencia, desvalorización y desesperanza crecientes.

Nivel estructural

DEFENSAS PREDOMINANTES

Inflación del yo frente a un sentimiento de falta de integridad y rotura.

Disociación cuerpo-mente que le permite funcionar valorizando lo intelectual. Intelectualización.

Disociación de los afectos y seducción en el relato con un intento de minimizar la angustia.

Intentos fracasados de negación maniaca frente a la muerte.

Sobrecompensación en la conducta con el fin de negar sentimientos de depresión y dependencia.

ANSIEDADES PREDOMINANTES

Ansiedad persecutoria con intenso temor al ataque en el nivel corporal y sentimientos de culpa por el daño producido al yo.

³⁷ Desiderativo, primera catexia positiva: "de comer le doy". Lámina 3 de Phillipson: banquete inicial que encubre velatorio con evidente fracaso de la defensa y retorno de lo reprimido.

³⁸ Lámina 13 de Phillipson: "higuera de Sarmiento y pino de San Martín", dos objetos históricos perdurables pero que finalmente no le sirven ya que "San Martín descansaba bajo el pino de San Lorenzo cuando ya era anciano, antes de ir para Francia (a morir)". El fracaso más claro de la defensa maniaca está en la doble elección de piedra en el desiderativo: "porque son fuertes, lindas", "piedras no, porque ninguna me gusta, porque no se mueve ni piensa ni hace nada (está muerta)".

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Organoneurosis con conductas de sobreadaptación de tipo contrafóbico frente a fantasías de paralización y encierro.

DIAGNÓSTICO DE BASE

Depresión latente con temor al abandono.

CARACTERÍSTICAS DEL YO

Aspectos adaptativos: la posibilidad de mantener, a pesar de las múltiples situaciones traumáticas reales, conductas adaptativas, un buen rendimiento intelectual, poder de resolución de conflictos; presenta una simbolización rica, rendimiento adecuado y criterio de realidad.

Aspectos patológicos: el empobrecimiento yoico que supone refugiarse en los beneficios secundarios, la desesperanza con sentimientos de irrecuperabilidad fuertemente influidos por fantasías de retaliación.

Pronóstico

Posible disminución del rendimiento y aumento de la sintomatología asmática a medida que se incremente la angustia y la sensación de desesperanza. Rigidificación de las defensas y consecuente empobrecimiento yoico con aumento de frustración basado en autoexigencias imposibles de cumplir. Dificultades en la asunción del rol sexual a medida que avanza la pubertad.

Devolución

La devolución a los padres se centró en la dificultad para asumir las verdaderas características del daño sufrido por N.N. Se trató también de mostrarles la desproporción de sus exigencias en el nivel corporal y el esfuerzo realizado por N.N. para cumplirlas. Se trabajó sobre los sentimientos de culpa subyacentes a la negación del daño, y se les mostró además la cantidad de logros del hijo y lo positivo de su preocupación por él.

Con N.N. se vio principalmente la desesperanza, el temor al abandono y el gran esfuerzo que implicaba su conducta compensatoria; se le mencionó también la rivalidad y envidia frente al hermano. Además se le mostró, en todos los casos sobre el mat-

rial, de qué manera él solamente podía centrarse en su vivencia de fracaso y rotura sin poder ver, por otra parte, el logro de sus conductas reparatorias frente al cuerpo y al yo.

Indicación terapéutica

Para la pareja de padres, un tratamiento de tiempo limitado con entrevistas dirigidas a la mejor comprensión de sus sentimientos de culpa. Se espera disminuir la exigencia y lograr una flexibilidad y tolerancia mayores frente a las expresiones de agresión y angustia del hijo.

Para N.N., terapia individual dirigida a la resolución de los conflictos subyacentes y al sentimiento de desesperanza con el fin de lograr un manejo mejor de la agresividad (con lo cual se modificaría su expresión psicosomática). Otro objetivo es el fortalecimiento yoico que permita una aceptación más realista del daño sufrido, con la consiguiente disminución de conductas sobrecompensadoras y el refugio en los beneficios secundarios de la enfermedad.

Indicadores de pronóstico terapéutico

Cierto *insight* logrado tanto en la devolución hecha a los padres como en la que se hizo a N.N., y la inmediata aceptación de la necesidad de terapia, se consideraron como buenos índices pronósticos.

Se tuvieron en cuenta además factores positivos de N.N. para su tratamiento: su actitud colaboradora, su buen nivel intelectual, la riqueza de su expresión simbólica y el pedido de ayuda expresado en la primera lámina de Phillipson.

Bibliografía

Bellak, Feifel y ot., "Psychological Test Reporting: A Problem in Communication Between Psychologists and Psychiatrists", *J. Nerv. Ment. Disease*, 129, 1959, pp. 76-91.

Carson, R., "The Status of Diagnostic Testing", *Am. Psychologist*, 13, 1958, p. 79.

- Cuadra, C. A. y Albough, W. P., "Sources of Ambiguity of Psychological Reports", *J. Clin. Psychol.*, 12, 1956, pp. 109-114.
- Hammond y Allen, *Writing Clinical Reports*, Prentice-Hall, N. York, 1953.
- Huber, J. C., *Report Writing in Psychology and Psychiatry*, Harper, N. York, 1960.
- Jones, R. L. y Gross, F. P., "The Readability of Psychological Reports", *Am. J. Def.*, 63, 1959, pp. 1020-21.
- Klopfcr, W., *The Psychological Report*, Grune & Stratton, N. York, 1960.
- L'Abatte, L., *Principios de psicología clínica*, Paidós, Bs. As., 1967.
- Levinger, L., "Interpretations of Psychological Tests - Findings to Parents by a Child Guidance Clinic", en *New Frontiers in Child Guidance*, I.U.P., Nueva York, 1958.
- Ledge, G. T., "How to Write a Psychological Report", *J. Clin. Psychol.*, 9, 1953, pp. 400-2.
- Mayman, M., "Style, Focus, Language and Content of an Ideal Psychological Test Report", *J. Proj. Tech.*, 21, 1957, pp. 123-28.
- Robinson, J. T. y Cohen, L. D., "Individual Bias in Psychological Reports", *J. Clin. Psych.*, 10, 1954, pp. 333-36.
- Stern y Creegan, *La observación y los tests en psicología clínica*, Paidós, Bs. As., 1967.

Capítulo XI

Indicadores para la recomendación de terapia breve extraídos de la entrevista devolutiva

María L. S. de Ocampo y María E. García Arzeno

El proceso psicodiagnóstico, tal como nosotros lo postulamos, resulta ser un instrumento de alto valor diagnóstico y pronóstico, sobre todo en lo que se refiere a la recomendación o contraindicación de terapia breve. La duración y minuciosidad con que se realice un psicodiagnóstico está en razón inversa con la duración de la terapia recomendada para el caso. Si se piensa derivar al paciente a terapia breve, el proceso se hará de una manera mucho más exhaustiva que si se presume o se da por sentado que el caso se tratará con terapia sin tiempo limitado. Se dedicará mucho más tiempo a la investigación de los aspectos adaptativos que presenta el paciente. Teniendo en cuenta este objetivo, jerarquizamos la importancia de la etapa final del proceso psicodiagnóstico, es decir, la entrevista devolutiva. Expondremos brevemente cuáles son los elementos con que trabajamos en la devolución:

a) Datos extraídos de la entrevista inicial: lo recogido espontáneamente, lo obtenido a pedido nuestro, lo relativo al nivel de autopresentación, el motivo manifiesto y latente de la consulta, lo transferencial y contratransferencial.

b) Datos extraídos de la administración de los tests.

c) Datos extraídos del interrogatorio correspondiente a cada test, en especial del Test de Relaciones Objetales de H. Phillipson o del Rorschach. (La actitud del paciente de colaboración, indiferencia o agresividad ante el interrogatorio, es una prueba más acerca de cómo funcionará en la situación terapéutica.)

d) Datos extraídos de la entrevista devolutiva misma, que funciona como una entrevista con características propias. Esta sintetiza y da coherencia a los datos extraídos de las fuentes anteriormente mencionadas.

La inclusión de la devolución se hace imprescindible cuando se trata de estimar si el caso es susceptible de terapia breve o no.

Además de algunos elementos analizados en detalle en otro capítulo tomaremos en cuenta ciertos aspectos generales que hacen al marco de la terapia breve, que aparecen condensados en la situación de entrevista final y que eventualmente podrán desplegarse y enriquecerse en el futuro tratamiento. Entre esos aspectos hallamos:

1) Los señalamientos e interpretaciones del material recolectado que, a semejanza de la situación terapéutica, se hacen durante la devolución. En aquello que trasmite hay dos elementos: uno descriptivo, que es lo primero que comunica al paciente y que le muestra los aspectos manifiestos de la conducta, y otro interpretativo, que incluye lo que él no conoce de sí mismo y que el psicólogo intenta mostrarle a través de una interpretación de los datos. Al respecto es útil aplicar al proceso psicodiagnóstico un concepto que H. Racker expresa a propósito del momento oportuno para interpretar: "La interpretación debe ser dada cuando el analista sabe lo que el analizado sabe, necesita saber y es capaz de saber." (*Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Estudio II, Paidós, Bs. As., 1960, p. 49.)

La respuesta del sujeto a este segundo nivel es importantísima para apreciar la capacidad del paciente para adecuarse en un período breve a las características de un nuevo modelo de comunicación basado en interpretaciones.

Esperamos hallar en el paciente un nivel de simbolización adecuado que le permita entender y asimilar lo que se le trasmite en la devolución, descripciones e interpretaciones que suponen la utilización de expresiones simbólicas que, dentro de lo posible, son las mismas que utilizó el sujeto durante el proceso.

2) La capacidad de vivenciar, de sentir emociones durante la entrevista devolutiva. Si es capaz de movilizarse afectivamente está en mejores condiciones para una terapia breve, pues podrá aceptar los aspectos vivenciales de la interpretación. La contraindicación para terapia breve en este sentido serían los casos en los cuales se manifieste una exagerada intelectualización o un pensamiento obsesivo rígido. (Si ante cada interpretación del psicólogo acerca de su identidad latente, el paciente responde con una negativa, o se aferra al pensamiento lógico o concreto, se logrará poco en la entrevista devolutiva y, por ende, en la terapia breve,

pues el ritmo de los progresos terapéuticos será más lento que lo esperado.) Si el nivel de simbolización no es adecuado, debere-mos contraindicar la psicoterapia breve.

3) La capacidad de colaborar con el psicólogo. Ella depen-derá por un lado de una aceptable capacidad yoica para tolerar las frustraciones resultantes de una relación de corta duración y por otro de la capacidad de percibir y ser continente del pro-pio sufrimiento. En este sentido la contraindicación para terapia breve sería el "ser enviado por" alguien sin conciencia de enfer-medad, en contraposición con la autorresponsabilidad.

4) El respeto por el encuadre a lo largo de todo el proceso psicodiagnóstico, sobre todo en la entrevista final, es un índice positivo respecto de la terapia breve. Si el psicólogo ha trope-zado continuamente con inconvenientes relativamente serios para mantener el encuadre prefijado, habiendo sido desde el comienzo claro y preciso en su formulación, debemos tomar esta conducta del paciente como índice de que surgirán muchas dificultades para manejarlo dentro del marco de una terapia breve, cuyo supuesto es no tener que dedicar sesiones para elaborar la aceptación del encuadre.

5) El grado de plasticidad del Yo para absorber cambios en breve lapso es otro aspecto importante. Puede apreciarse en los distintos tests que se administran al paciente, pero también, y enfatizamos esto, en la entrevista devolutiva. En ella se muestra la consistencia del Yo del paciente para reintroyectar la informa-ción del psicólogo y la capacidad para asimilar esos contenidos persistiendo o variando la actitud emocional con que los recibe. Si pasa de un predominio de ansiedad persecutoria a otro de ansiedad depresiva podemos considerar dicha plasticidad como un buen índice para la recomendación de terapia breve. Si, en cambio, el índice de rigidez es elevado, lo más probable es que debamos contraindicarla. Tratándose de niños, un índice favora-ble es un núcleo familiar que sea buen continente, con suficiente plasticidad para absorber o por lo menos tolerar los cambios que promueva la terapia en el hijo.

6) Una consulta pedida espontáneamente por el paciente y con un cierto grado de *insight* de su problema es un buen índice pronóstico porque supone una cierta toma de conciencia respecto de lo que le ocurre. Contrariamente, en el paciente que es "llo-

vado" por otros, suponemos que no hay conciencia de enfermedad y la terapia breve puede cuestionarse. Sin embargo el paciente puede llegar por su cuenta y, no obstante, localizar su conflicto a nivel corporal. Hablamos aquí de un pseudo *insight*, pues a pesar de que el paciente parece aceptar que lo que le ocurre podría tener alguna causa no orgánica, la fantasía que se haga acerca de cuánto y cómo puede influir puede distar mucho de ser la adecuada. Con dificultades similares se tropieza en casos en los que se reconoce el conflicto pero la causa está desplazada a otros. Habrá que buscar entonces índices para discriminar si ese paciente puede aceptar o no con relativa facilidad y en breve tiempo las verdaderas motivaciones de su conflicto. Si hallamos índices favorables, puede tratarse de un caso susceptible de terapia breve. En la entrevista devolutiva tenemos oportunidad de estimar en qué medida esa hipótesis se cumple, porque es entonces cuando podemos apreciar la permeabilidad o resistencia del paciente para aceptar sus propias motivaciones inconscientes.

7) Otro indicador importante es la existencia de una cierta coincidencia o una mínima discrepancia entre el motivo manifiesto y el motivo latente de la consulta. En la entrevista final tratamos de ver si el paciente puede integrar ambos y qué mecanismos aparecen cuando eso está por ocurrir. Si lo latente aparece en los dibujos puede ocurrir que sienta el dibujo como una conducta totalmente egodistónica ("Me salió así pero esto no tiene nada que ver conmigo"). O a través de los tests verbales, cuando el psicólogo le muestra la disociación de personajes que actúan conductas totalmente opuestas y se encuentran dificultades para integrarlas. Es importante ver cómo funciona el desplazamiento o la proyección sobre el material como una manera de negar el conflicto presente a través de racionalizaciones ("Es que la lámina no da para más" y otras críticas de objeto). En casos extremos el paciente llega a verdaderas dificultades en la percepción. No oye o no comprende las indicaciones del psicólogo o pide que se le explique reiteradamente. En general podemos afirmar que cuanto mayor es el grado de disociación (y negación, proyección o racionalización, etc.) entre motivo manifiesto y latente de la consulta, menor es la probabilidad de que el caso sea susceptible de ser sometido a terapia breve.

8) La curiosidad por su mundo interno y la capacidad para tolerar explorarlo pueden ponerse de manifiesto en una entrevista

devolutiva y constituyen buenos índices para una terapia breve exitosa. La posibilidad de permitirse curiosidad implica un Yo que puede entrar y salir de su problemática sin quedar atrapado, confianza en el otro que le muestra su mundo interno y confianza en sí mismo en el sentido de no poseer un interior dañado que lo aprisione. Esa curiosidad permite al psicólogo manejar bien la propia hacia el paciente. Si el paciente es capaz de mirarse a sí mismo, el proceso psicodiagnóstico se convierte en una experiencia creadora y aliviante para él y para el psicólogo, que no tiene que forzar al paciente a ver lo que no quiere ver. Esta curiosidad permite estimar la capacidad del paciente de metabolizar lo que se le muestra a través de distintas seudoidentidades (cómo se dibujó, cómo se pinta en las historias del Tests de Relaciones Objetales de H. Phillipson o en una catexia del Desiderativo). Esto implica también la posibilidad de captar identidades latentes. En cambio es un mal índice la curiosidad despersonalizada e intelectualizada o seudocientífica del paciente que se muestra aparentemente interesado, pero como si lo que se describe le ocurriera a otro y no a él.

9) La parte psicótica de la personalidad debe estar suficientemente controlada. Deben funcionar bien defensas tales como la disociación y la represión. El Yo del paciente debe estar en condiciones de controlar la acción. Esperamos que en todo el material, incluso en el de la entrevista final, predominen aspectos neuróticos, que haya una base fuerte previa a la emergencia de los síntomas y que la parte psicótica esté lo bastante clivada como para que no irumpa en el curso del tratamiento. Es importante ponderar la capacidad de tolerancia a la verdad en la devolución. El paciente que no tolera enfrentarse con las propias situaciones de conflicto tendrá serias dificultades para recuperarse mediante una terapia breve. Si los mecanismos de disociación y proyección operan excesivamente, la terapia breve resulta contraindicada. Para estimar esto es muy importante tratar de apreciar a lo largo de toda la entrevista devolutiva cómo funciona en el paciente el mecanismo de reintroyección. El psicólogo debe dosificar la reintroyección para no operar explosivamente determinando actitudes fóbicas o fenómenos confusionales que incluirían despersonalización, extrañamiento, etc. Si aparecen estas reacciones son indicadoras de que el *timing* del paciente es lento y por lo tanto una terapia breve no será lo más adecuado para él.

También afirmamos que el Yo del paciente debe estar en condiciones de controlar la acción. Es importante apreciar la cantidad de actuaciones, la calidad de las fantasías actuadas y el momento en que aparecen. Pensamos que hay más posibilidades de actuación al comienzo del proceso psicodiagnóstico, cuando la ansiedad persecutoria es mayor y la probabilidad de controlarla menor. Entendemos las actuaciones como fracasos en el intento de controlar la ansiedad persecutoria. Podríamos distinguir distintos tipos de actuaciones. En casos extremos la actuación consistirá en el abandono del proceso y el ausentismo en la entrevista devolutiva. En otros casos se da la amenaza manifiesta o velada de abandono o bien algunos signos de actuación como la seducción, el chantaje, el ataque a la persona o a los objetos del consultorio, los tests, etc. También pueden aparecer asociaciones conectadas con actuaciones anteriores (a veces manejadas como amenaza) propias o ajenas, es decir, desplazadas. Es importante evaluar esto como índice pronóstico de la capacidad para mantenerse en el tratamiento, sobre todo en los momentos de inminente *insight*. Si esperamos que la parte psicótica esté suficientemente controlada, también esperamos que el conflicto aparezca circunscrito de manera tal que no comprometa toda la personalidad. La presencia de áreas no comprometidas puede precisarse tanto en la entrevista inicial como en el material de tests y en la entrevista final. Su presencia es un índice favorable para la recomendación de terapia breve.

10) La capacidad de organización del Yo para entrar en regresión y salir de ella indemne es otro indicador importante. Lo que podemos apreciar al respecto en la devolución es si el paciente puede aceptar distintos niveles de su personalidad tales como aparecen en los tests: aspectos regresivos, carenciados, simbolizados a nivel de primera infancia (bebé tiránico, hambriento, etc.) junto a otros más adultos. Esto se puede apreciar en la devolución de los distintos niveles expresados en los tests verbales y gráficos o comparados dentro de un test, como por ejemplo las distintas series de láminas del T.R.O.

11) La capacidad del Yo para tolerar y elaborar duelos es otro indicador importante de detectar junto al grado y tipo de ansiedad con que el paciente espera la devolución. Por lo general ésta despierta ansiedad persecutoria en una medida que varía según la personalidad del paciente. Si en la entrevista final predomina la ansie-

dad depresiva debemos considerarlo como un índice positivo en tanto se conecta con la capacidad de elaborar duelos.

Hay varios tipos de duelos que el paciente a quien se hace un psicodiagnóstico debe elaborar. Si ha decidido hacer una consulta podemos pensar que ha pasado por una situación de pérdida o restricción de su omnipotencia, lo cual ya supone un duelo. Al finalizar el proceso, surge en algunos pacientes una sensación de haber quedado vacíos por la depositación de partes propias en el psicólogo. Si predomina esa sensación de salir vaciado, es de mal pronóstico para terapia breve, pues se conecta con la incapacidad o bloqueo del mecanismo de reintroyección (sea por ansiedad persecutoria, envidia, etc.). Otro tipo de duelo es el determinado por la ruptura del vínculo establecido con el psicólogo. Si ante esa ruptura apela a defensas maníacas, con sus ingredientes de control para negar la dependencia, triunfo para negar la depresión y peyorativización para negar la envidia, podemos pensar que el paciente tiende a negar lo doloroso de la separación y del quedarse nuevamente solo.

Otro es el duelo a nivel del *insight* logrado con los aspectos más patológicos a través del mecanismo de reintroyección que debe utilizar el paciente en esta entrevista final. Si lo que debe reintroyectar despierta mucha ansiedad persecutoria, no se logra el esperado *insight* y lo no aceptado es re proyectado en el psicólogo, con lo cual el vínculo mismo queda roto. No aparece el agradecimiento por las posibilidades de integración que se le han brindado sino más bien el ataque por todo lo que se le ha mostrado. Otra reacción defensiva del paciente ante el contenido que debe reintroyectar es la minimización de lo que escucha. Si es capaz de asumir que lo que se le dice es suyo y no incurre en negaciones, minimizaciones o proyecciones masivas podemos considerarlo un índice de buen pronóstico. Es lo que Rayner y Hahn denominan "autorresponsabilidad". Al duelo por los aspectos patológicos que debe aceptar se une el duelo por los aspectos idealizados hasta el presente, dado que ahora debe aceptarlos en un nivel de mayor adecuación a la realidad. En una palabra, uniendo lo patológico y lo adaptativo, decimos que el paciente debe realizar un duelo por la pérdida de la imagen de sí mismo con que llega al psicodiagnóstico. En términos generales tratamos de que el paciente cambie la imagen que trae por otra más ajustada a su realidad interna, dentro de los límites que pueda tolerar. Si esta nueva imagen de sí mismo

es bien aceptada, contamos con otro índice favorable para recomendar terapia breve. La entrevista final actualiza duelos anteriores a través de la movilización de recuerdos, emociones, etc. Podemos apreciar así qué posibilidades tiene el paciente de reconectarse con el pasado, de poder volver al presente y planificar el futuro, es decir, qué capacidad tiene para movilizarse en el tiempo. Esto se puede captar cuando el paciente habla de situaciones de duelo por las que ha atravesado, o al responder las preguntas del psicólogo al respecto o al asociar con duelos cierto material de test (Lámina 5, AG del Phillipson, por ejemplo). La devolución misma puede tomarse como una muestra de lo que significa una separación para ese paciente. Puede ocurrir que niegue toda posibilidad de síntesis interna, que deje todo lo malo e insensible en el psicólogo y se quede con todo lo bueno, con lo cual las posibilidades de comenzar un tratamiento son remotas porque, además de no tener conciencia de enfermedad, ha cargado a la figura que efectuó el psicodiagnóstico, y por desplazamiento, al futuro terapeuta, con mucha persecución. Es como si lo malo se reconociera a partir del psicodiagnóstico como algo "fabricado" por el psicólogo o realmente existente dentro de sí pero provocado por el psicólogo. Esto supone la idealización del "antes" de la consulta y una falla total en la integración depresiva.

Bibliografía

Fiorini, Héctor J., "Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica", *Acta Psiquiátrica y Psicol. de Am. Lat.*, vol. XIV, nº 2, junio de 1968.

Friedenthal, Hebe, "Recomendación de psicoterapia a partir del diagnóstico psicológico", *Acta Psiq. y Psicol. de Am. Lat.*, Bs. As., vol. XIV, nº 2, junio de 1968.

Malan, D. H., "A Study of Brief Psychotherapy", *Mind & Medicine Monographs*, M. Balin (comp.), Tavistock-Springfield-Thomas, Londres, 1963.

Ocampo, Amigorena, Grassano, Leone y Schust, "La importancia de la devolución de los resultados del psicodiagnóstico en niños", trabajo presentado en la Xª Confer. de Salud Mental de Mar del Plata, 1966.

Ocampo, M. L. S. de y García Arzeno, M. E., "El manejo de la ansiedad en el motivo de consulta y su relación con la devolución de información en el cierre del proceso psicodiagnóstico en niños", trabajo presentado en el 1er. Congreso Latinoamer. de Psiq. Infantil, Punta del Este, 1969.

Racker, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Bs. As., 1960.

Capítulo XII

Las técnicas proyectivas en el diagnóstico de las dificultades de aprendizaje

Blanca E. Edelberg de Tarnopolsky

El campo de las dificultades de aprendizaje plantea, desde el punto de vista diagnóstico, problemas específicos.

Históricamente, si nos remontamos a Binet y Simon, observamos que el fracaso escolar se asociaba con bajo C. I., es decir con déficit intelectual. Por lo tanto, buen aprendizaje e inteligencia formaron un binomio muy firme y cualquier fracaso se relacionaba automáticamente con "debilidad mental".

Esta situación ha dificultado, durante muchos años, la integración del estudio de la personalidad en el plano profundo, a través de las técnicas proyectivas, con el de las dificultades de aprendizaje.

En la integración de los aportes psicoanalíticos influyeron:

- a) Los trabajos de Melanie Klein sobre los efectos de la inhibición de la curiosidad en el desarrollo intelectual de un niño.
- b) Los estudios de Rapaport sobre la inteligencia y el pensar.
- c) El libro de G. Pearson *Psicoanálisis y educación del niño*, que constituyó un intento muy fructífero de integración de aportes psicoanalíticos para una comprensión integral de las dificultades de aprendizaje.

Entre nosotros, debo señalar muy especialmente el libro de Isabel Luzuriaga sobre contrainteligencia, avanzada muy valiosa acerca de la dinámica del no-aprendizaje.

En este campo no sólo es importante considerar el potencial intelectual que demuestra el paciente en el momento del examen, sino cuánto potencial posee y no puede usar.

La capacidad intelectual que un niño evidencia ante un test puede no ser más que una parte de su real potencial: es posible que serios conflictos traben las posibilidades de usarlo. Esta situa-

ción nos lleva a poner entre paréntesis el concepto de C. I. como representación de un potencial inalterable; nuestra experiencia nos ha demostrado que en muchos casos el C. I. se modifica por un tratamiento.

Por otra parte, no es suficiente tener gran inteligencia para hacer un buen aprendizaje; basta con que ésta se acompañe por una estructura de personalidad medianamente sana y madura emocionalmente, que haya superado la etapa de predominio del proceso primario (negación de la realidad, omnipotencia, ausencia de pensamiento lógico, no existencia del tiempo ni del espacio). Un buen contacto con la realidad externa es condición indispensable para el aprendizaje; el pasaje del bebé a la posición depresiva es lo que determina este buen contacto. En ella comienza el predominio del proceso secundario, con mecanismos de defensa más evolucionados.

Por lo expuesto, se puede concluir que el nivel de maduración para el aprendizaje de un individuo depende del interjuego entre factores intelectuales, emocionales y el equipo biológico que trae al nacer.

A menudo, cuando en el estudio de un caso se detecta la presencia de una causal orgánica (llámese forceps, lesión mínima, disfunción, zurdera, epilepsia y sus variables), se tiende a disminuir la importancia de los factores emocionales inconscientes, sobreestimando la incidencia de los primeros. Luego de un mero estudio del C. I., estos pacientes suelen ser derivados a pedagogos especializados.

En mi opinión, esta forma de encarar los problemas constituye una verdadera aberración, y no puedo menos que señalarla, pues es muy común en nuestro país. Su resultado concreto es que sean considerados como disminuidos irrecuperables y terminen en escuelas diferenciales miles de niños, muchos de los cuales, de haber sido sometidos a un estudio con enfoque dinámico y a un tratamiento adecuado, quizá se hubieran integrado a la educación común.

Desde el punto de vista dinámico, constituye una distorsión limitarse únicamente a la consideración del nivel intelectual evidenciado por el niño en el momento del examen; por el contrario, considero imprescindible tratar de percibir la totalidad del potencial que posee y las causas que le impiden utilizarlo en forma operativa. En muchos casos esta apreciación es difícil o im-

posible por el estilo de los mecanismos de defensa predominantes en el examinado (hablaremos luego de ciertas técnicas utilizadas para lograrlo).

Por otra parte, como ya he dicho, no es suficiente poseer un alto C. I. para lograr un buen aprendizaje, si dicho C. I. no va acompañado por una estructura de personalidad medianamente sana y emocionalmente madura.

Desde el punto de vista estructural, el yo debe poseer la plasticidad necesaria como para enfrentar el aumento de impulsos inconscientes o la invasión de estímulos externos recurriendo en forma predominante a mecanismos de defensa propios del proceso secundario, y no descendiendo abruptamente a mecanismos del proceso primario, que traigan consigo una pérdida del control de la realidad. Esta pérdida del contacto con el mundo externo puede ser consecuencia de un predominio de conductas paranoides (muchos niños que vienen a la consulta presentan una atención en ondas; el maestro los cataloga como distraídos, dispersos o "en la luna"; en el examen de estos niños se observa a menudo un yo débil, con dificultades en el manejo de la agresión y proyección masiva de ésta, con lo que el miedo al ataque aumenta considerablemente).

Durante el tratamiento, se descubre que este rendimiento en ondas (tal como se lo observa en su cuaderno) responde a situaciones de intensa agresión que surgen durante la realización del trabajo escolar, imposibilitándoles por momentos utilizar su capacidad de pensar.

Son algo así como lagunas regresivas, que funcionan en términos de proceso primario (aparecen repentinas inversiones y otras alteraciones del pensamiento lógico, tal como la confusión de operaciones opuestas: sumar por restar, o multiplicar por dividir).

La tarea diagnóstica consiste en investigar los múltiples factores que han determinado el cuadro en cada caso. A grandes rasgos, podemos clasificar tales factores en:

- a) orgánicos;
- b) madurativo-evolutivos;
- c) emocionales;
- d) socio-culturales.

Dentro de un mismo cuadro pueden coexistir y cooperar varios factores; por eso, fenoménicamente, la variedad de los casos

es amplia. *Prima facie*, es difícil detectar la dinámica de esta interrelación, pero casi siempre es dable percibir cuál o cuáles son los factores que predominan.

En primer lugar, es necesario establecer si existen impedimentos orgánicos debidos a lesiones o disfunciones cerebrales, epilepsia, trastornos comiciales diversos, perturbaciones motrices, verbales o sensoriales. Si existieran, es importante establecer la extensión del área afectada y la magnitud de la repercusión emocional consecuente.

Esto es importante a los efectos del diagnóstico diferencial puesto que se puede incurrir en el error muy común de confundir detenciones orgánicas con detenciones psicóticas o con conflictos neuróticos graves (tales como las paralizaciones histéricas o las fobias localizadas en el aprendizaje escolar o en el pensamiento).

La utilización de las técnicas proyectivas puede contribuir al esclarecimiento de cada caso, siempre que se utilicen acompañadas de un estudio exhaustivo del historial, centrándolo en la dinámica de la relación madre-padre-niño-hermanos. De este estudio se podrá concluir si el pasaje de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva fue realizado, pues es requisito indispensable para el comienzo del pensamiento verbal y de la capacidad de síntesis.

El pasaje a la posición depresiva significa un contacto con la realidad externa y con los límites en las posibilidades de cada uno; esto a veces es muy difícil para el niño y lo lleva a refugiarse en su mundo interno, dentro del cual se gratifica más fácilmente y se siente más protegido.

Por lo tanto aprendizaje, realidad exterior y frustración constituyen una unidad inseparable.

La escuela es, a veces, la primera realidad externa que el niño debe enfrentar solo, sin la compañía de sus padres y sin protección. La adaptación que hace a este medio nuevo depende del bagaje de defensas útiles con que pueda contar en ese momento, de la situación emocional por que atraviesa su familia y de la capacidad de comprensión de la institución y del maestro. No profundizaré ahora este tema, pero no puedo dejar de señalarlo, puesto que mi enfoque del aprendizaje escolar engloba el triángulo Familia-Niño-Maestro.

Si en el momento de ingresar a la escuela, un niño utiliza

la omnipotencia como mecanismo predominante en su contacto con la realidad, sus vivencias del maestro, de las leyes que debe aceptar y a las que debe someterse pueden ser muy negativas. La resistencia a tomar conciencia de la realidad escuela-leyes-letras-números, para evitar la frustración sistemática, desemboca en una incapacidad en el área aprendizaje. Esta resistencia puede ser observada en la elaboración de los elementos de un examen, por la predominancia de mecanismos del proceso primario.

En estos casos puede inducir a error en el diagnóstico la presencia de inhibiciones motrices, aparente sordera, dificultades visuales o ausencias, que no necesariamente están determinadas por factores orgánicos.

Además de los casos psicóticos propiamente dichos pueden aparecer cuadros *borderline* que presentan una seria inhibición intelectual y emocional manifestada en el examen; se nota por una gran dificultad para la expresión de la fantasía. Cuadros neuróticos graves muestran un ataque masivo a la capacidad intelectual, encubierto por una actitud de indiferencia al estudio.

Nuestro rol de psicopedagogas nos exige un diagnóstico especializado, con el objeto de determinar las causales del "no-aprendizaje". Partiendo de la historia, del motivo de consulta y de la edad del consultante, planteamos la batería de examen, con el objeto de explorar las diferentes áreas de la personalidad que pueden estar comprometidas.

Estamos interesadas en analizar la correlación entre los niveles de pensamiento lógico, de acuerdo con la teoría psicogenética de Piaget, y la estructuración del yo siguiendo el enfoque psicoanalítico.

Además de la anamnesis, obtenida en entrevistas con los padres, y de una entrevista libre con el interesado, utilizamos las siguientes técnicas:

Examen intelectual: Menores de 5 años: Test de Terman y Merrill. De 5 a 15 años: Escala de inteligencia de Wechsler para niños. Adultos: Escala de inteligencia de Wechsler. El test de Raven se utiliza como complemento, cuando se considera necesario.

Examen gestáltico visomotor: Test de Bender.

Examen de personalidad:

Técnicas gráficas: Dibujo libre. Pareja gráfica. Dibujo de la familia. Dibujo de la pareja "Maestro-alumno".

Técnicas verbales: Desiderativo. C.A.T. Test de Relaciones Objetales de Phillipshon.

Examen psicopedagógico: Test de madurez para la lecto-escritura de Morales, Mendolía y Georgeham. Test A, B, C de L. Philo. Test de Diagnóstico Operatorio de Piaget. Estudios de la conducta escolar, partiendo de un enfoque multidimensional:

- a) Informe del interesado.
- b) Informe de la maestra.
- c) Informe de los compañeros.

Análisis de los cuadernos, con observación de las curvas de rendimiento. Examen de lateralidad si es necesario.

Valor de las técnicas proyectivas en el diagnóstico de las dificultades de aprendizaje

La vida escolar es una parte importante en la vida de un niño o de un joven. Del estado de su salud y de la estructura de su personalidad dependen las posibilidades que tienen de hacer una buena adaptación y de gozar de los aspectos positivos de la vida estudiantil. De allí que nos interese estudiar el estilo de los mecanismos de defensa básicos que utilizan y la estructura de sus relaciones objetales. (Por ejemplo, hemos observado que muchos inadaptados necesitan funcionar básicamente con la idealización, negación y disociación: sus relaciones parentales y fraternas son todas perfectas, y todos sus conflictos están centrados en su relación con los maestros y compañeros.)

Técnicas gráficas:

a) Pareja gráfica: Nos interesa la imagen de pareja idealizada que nos muestra el examinado; el manejo y control de la agresión, tal como se expresa a través del lápiz; la posibilidad de expresión escrita de la fantasía, o por el contrario el cúmulo de conflictos, represiones y estereotipias que acumula el examinado en esta área.

b) El dibujo de la familia: Aquí podemos apreciar la percepción de sí mismo en relación con los otros en el núcleo familiar. En el caso de dificultades de aprendizaje, es muy común detectar núcleos simbióticos madre-hija o padres-hijo. Estos núcleos sim-

bióticos se pueden percibir, en el dibujo de la familia, a través de confusiones (el tamaño de los hijos, por ejemplo, es el mismo que el de los padres).

Técnicas verbales

a) El desiderativo: por las características especiales de la consigna, este test nos da muchos elementos en relación con la identidad y sus perturbaciones. Éstas se manifiestan por la resistencia o dificultad que presenta el examinado para realizar la fantasía de cambio que se le pide y por las elecciones a que llega.

La imposibilidad de imaginarse diferente de lo que se es, la dificultad de realizar una fantasía de cambio, se debe al peligro de contaminación fantasía-realidad, con predominio del pensamiento mágico: si pienso algo, ocurre; por lo tanto, es peligroso pensar.

b) El C.A.T.: Nos permite detectar claramente los mecanismos de defensa del examinado predominantes en cada situación crítica que la lámina presenta. En especial, qué le ocurre ante el aumento de agresión provocada por ciertas láminas, como la 7. Con ello comprendemos muchas veces el porqué de las dificultades de aprendizaje de ciertos chicos que no canalizan bien la agresión y cuya estructura de personalidad es paranoide. A mayor intensidad de los impulsos agresivos, mayor predominio de los *mecanismos autoagresivos*, es decir, de la *contrainteligencia*.

Elementos proyectivos detectables en el WISC

El examen intelectual nos proporciona muchos elementos en relación con la personalidad del examinado.

Empecemos por observar su conducta y expresión frente a una prueba que él percibe como peligrosa, en tanto indaga los contenidos de su intelecto.

A veces el examinado necesita mostrarse especialmente carente, y frente a cada pregunta cuya respuesta ignora, responde: "eso no me lo enseñaron". Descarga así la culpa de su no aprendizaje en quienes no lo atendieron.

También puede mostrar una expresión de indolencia y apatía, como si no le interesara ese aspecto de su persona: repite en este caso la actitud que muestra en la escuela frente a cualquier problema. Tal apatía, en general, encubre una gran voracidad vivida como muy peligrosa y destructiva.

Este aspecto de la personalidad puede apreciarse también en las pruebas proyectivas, siempre que no se presente un bloqueo en la fantasía.

a) Prueba de comprensión: en ella es posible detectar qué nivel de dependencia-independencia posee el niño en relación con su madre y otros adultos.

b) Prueba de complementación de figuras: la insistencia en completar las figuras con personas enteras, por ejemplo: "al saco le falta el hombre", "a la mano le falta todo el brazo, o la persona", está en relación con perturbaciones en el esquema corporal, vinculadas a la identidad sexual y al crecimiento.

c) Prueba de ordenamiento de figuras: cuando un chico no las ordena en el orden indicado, conviene pedirle que relate la historieta que se le ocurre.

Así pesquharemos con qué nivel de pensamiento lógico o pre-lógico funciona.

Veamos ahora algunos casos cuyo material es particularmente ilustrativo.

Caso I

Nombre: Mariano X

Edad: 5 años y 6 meses

Motivo de consulta: Una maestra de jardín de infantes pronosticó posibles dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura, basándose en la inhibición motriz de Mariano.

Los padres desean fundamentar ese pronóstico, y consultan enviados por su pediatra.

Mariano es el hijo mayor de un matrimonio de padre profesional, de 42 años, y madre ama de casa, de 35 años. Tiene un hermano varón de 4 años que es siempre el primer actor.

Mariano no expresó nunca sus celos, y tiene una excelente relación con el hermano. Hace dos semanas que controla sus esfínteres; previamente se mojaba todas las noches y no le daban importancia al problema.

Mariano nació al año y medio de casados. Su evolución parece normal, sin ningún problema de salud hasta los tres años en que tuvo escarlatina.

Evolución motriz: normal, marcha a los 14 meses, muy pesado.

Alimentación: no tuvo problemas, siempre buen apetito.

Características de personalidad: muy dulce, muy sensible, dominado por el hermano menor. Se quieren mucho, nunca manifestó celos, ni rabia ni ataques. Es torpe manualmente.

Examen de madurez para el aprendizaje de la lecto-escritura (Test A B C): el puntaje obtenido (10 p.) es límite y nos muestra que las dificultades están centradas en las pruebas motoras: 0 en recortado y 1 en las pruebas de coordinación visomotriz, memoria motora y atención y fatigabilidad.

Las pruebas verbales fueron algo mejores; sacó 2 puntos en casi todas.

Examen gestáltico visomotor (test de Bender) (figs. 1 y 2)

Muestra un nivel de maduración visomotora correspondiente a los 4 años, con algunos intentos de angulación correspondientes a los 5. Expresa la forma por medio de redondeles; no hace puntos, los reemplaza por círculos. No conserva la distancia entre las partes de una figura; puede separarlas totalmente o entrecruzarlas cuando no es necesario. Macrografía. Dificultad de orientación espacial. Usa guías para mantener un dibujo estructurado. Su tendencia a separar las figuras en partes coincide con los mecanismos disociativos que presenta en las pruebas proyectivas.

Examen de lateralidad: Muestra una lateralidad bien definida, es diestro, y no presenta problemas.

Examen de personalidad (Test gráficos: familia [fig. 3] y figura humana [fig. 4] C.A.T.): Mariano presenta una seria perturbación en su personalidad, con inhibición total de la agresión y dificultad para canalizarla. Este problema produce una disociación marcada que se aprecia por el desnivel entre su alto nivel de verbalización y su inhibición motora.

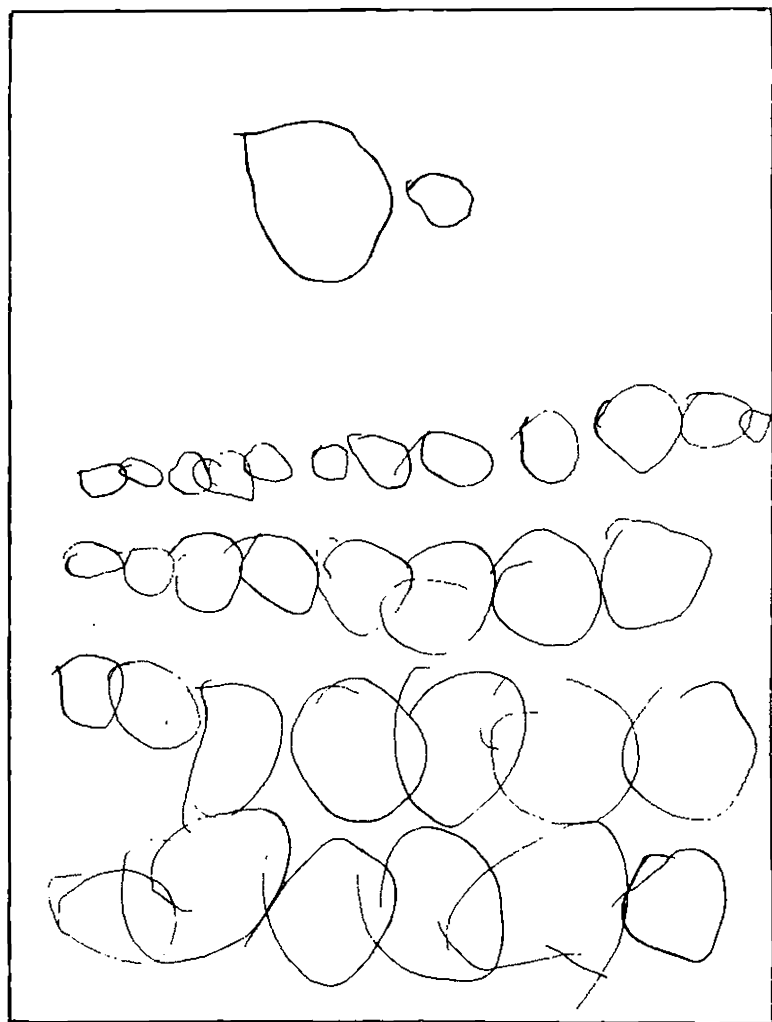


Fig. 1

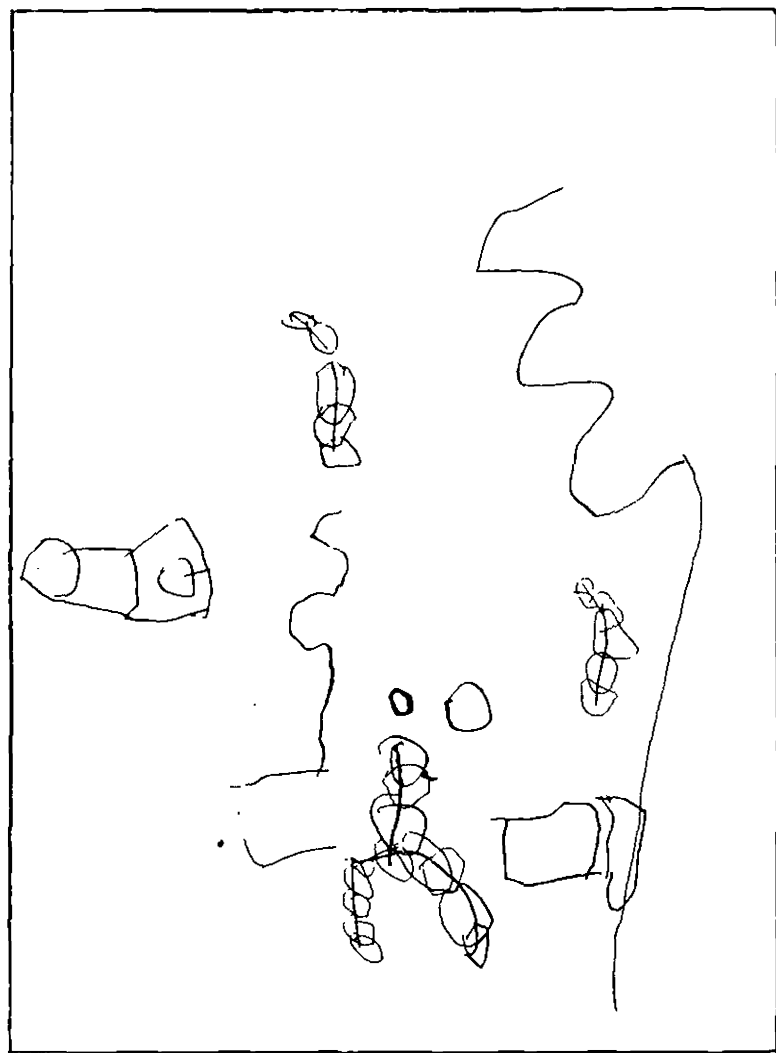


Fig. 2

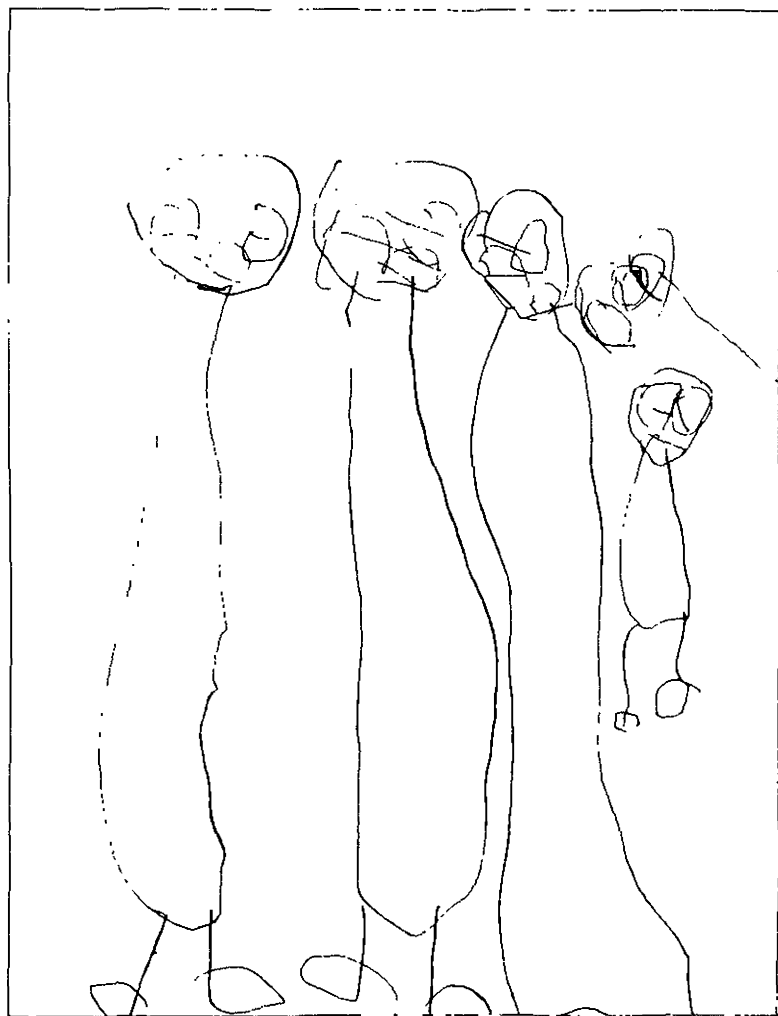


Fig. 3

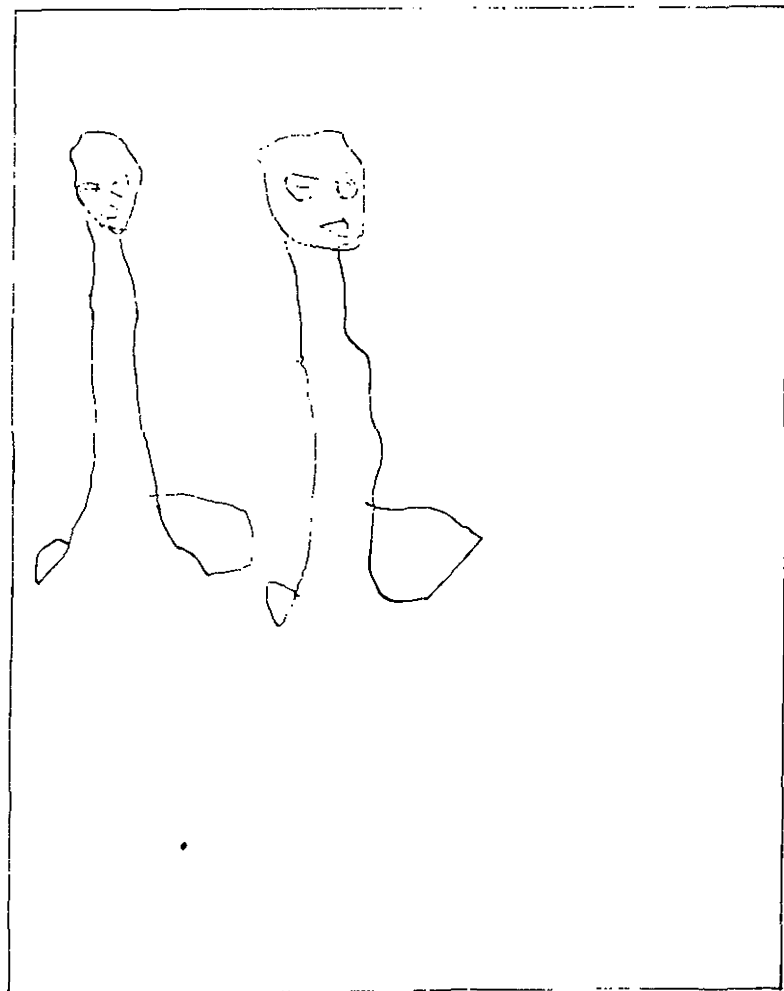


Fig. 4

El dibujo de la figura humana es monstruoso, carente de brazos, reflejando la percepción de una realidad de objetos castrados, del mismo modo se percibe a sí mismo con su inhibición motriz, la cual confirma su vivencia de castración. No poder canalizar adecuadamente la agresión lo carga de culpa y se autocastiga atacando sus brazos, paralizándolos. En el C.A.T. podemos apre-

ciar que vive en un mundo hostil, lleno de monstruos peligrosos, y frente a los que fracasan sus defensas más usadas: la proyección, la racionalización y la disociación.

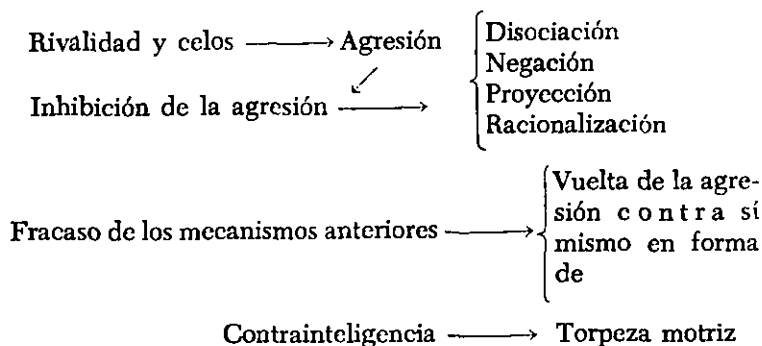
La agresión, sistemáticamente proyectada fuera de él, le pertenece, pero Mariano teme usarla, porque vive su fantasía como muy peligrosa debido al predominio del proceso primario y del pensamiento mágico.

Síntesis: No encontramos en la historia de Mariano ningún dato que haga suponer que su torpeza motora tiene origen orgánico.

En cambio sí encontramos otros, que confirman el origen psicógeno: Un año de diferencia con su hermano menor. Enuresis hasta los 4 años 6 meses. Aparente buena relación con su hermano y represión total de la agresión.

Mariano presenta una disociación muy seria entre el área verbal y el área motora, centrando en ésta su bloqueo, para detener sus pulsiones.

Para sintetizar, el siguiente esquema muestra el camino desde la aparición del conflicto hasta la instalación de la inhibición:



Caso II

Nombre: María Z.

Edad: 10 años

Nivel escolar: 2º grado

Este es un caso típico de resistencia familiar a la percepción del problema y a su real profundidad.

María fue derivada por una psicopedagoga, luego de dos años de atención en los que, si bien había hecho progresos, presentaba serias resistencias al aprendizaje que no podían ser movilizadas sin integrar los aspectos profundos del conflicto.

Funcionamiento familiar: Siempre vino la madre sola a las entrevistas, aunque eran citados ambos padres. La señora excusaba a su marido por el trabajo y por las resistencias al tratamiento de la hija.

Al poco tiempo de iniciarse el segundo tratamiento el padre tuvo una crisis depresiva, pero no toleró la sugerencia de una entrevista psiquiátrica y aparentemente se repuso con un viaje más largo que los habituales.

Durante su ausencia, María hizo grandes progresos en el tratamiento, empezó a aparecer su interés por cambiar. Con el regreso del padre, se identificó con él y atacó su tratamiento en forma más firme, a pesar de sus progresos. Es evidente la función que cumple la paralización de María dentro del grupo familiar: estaba encubriendo la depresión del padre. El hecho de que coincidiera su progreso con la enfermedad del padre la llevó a una nueva paralización de la que no quisieron salir ni ella ni la familia.

Luego de mucha insistencia, se logró una entrevista con la pareja, que no pudo aceptar la profundidad de la enfermedad de María, evidenciada en su pensamiento concreto y su identificación masculina o animal, y en los trastornos y lentitud en el aprendizaje.

Ellos diagnosticaron el caso como *dislexia*, afirmando que mi diagnóstico era exagerado y que "*con dos años de escuela diferencial todo está arreglado*".

Síntesis de la historia vital: María es la hija mayor de una familia de clase alta. Tiene tres hermanos menores: mujer de 8 años; y dos varones de 6 y 4 años. El embarazo se desarrolló sin problemas. El parto fue seco, con vuelta de cordón al cuello, con fórceps y cesárea vaginal. La niña nació con las marcas del fórceps en la frente, una gran deformación en la cabeza, y *señales de sufrimiento fetal*. El padre rechazaba a su hija, pues esperaba un varón. La lactancia materna fue insuficiente, duró un mes. Tuvo dificultad en adaptarse a los cambios de comida; le costó desprenderse de la mamadera. Dificultad y rechazo por los sólidos y por la mastilación.

Evolución motriz: aparentemente normal.

Control de esfínteres: tardío, cuatro años. Enuresis que aún perdura, en momentos de tensión (durante el examen, por ejemplo).

Lenguaje: algo tardío en relación con los hermanos. Palabra-frase hasta los tres años en que aparecieron las primeras oraciones. Tendencia al lenguaje regresivo.

Sociabilidad: muy huraña; solo con los padres y con los hermanos.

El contacto con la madre, a veces por *mordiscos o chupadas*. Poco contacto con los padres; criada por niñeras; en las comidas, los hijos están separados de sus padres, comen con niñeras. María muestra un odio marcado por ellas.

Observaciones del cuaderno y de su desempeño escolar: En el comienzo del tratamiento María presentaba una letra tan pequeña que a veces era ilegible. Muchas faltas de ortografía. Muchas palabras cortadas o con terminaciones deformadas (tratamiento de las palabras como objetos agredidos: *ecuación simbólica*).

Se observaron ondas de rendimiento, que la paciente asoció con situaciones de perturbación emocional.

Su control yoico es tan lábil que cualquier emoción se traduce en un aumento de los errores cometidos o bien en un abandono de la tarea.

Su conducta frente a ella está regida por el principio del placer: la hace cuando le gusta; cuando no le gusta usa dos formas de agresión: desfigura las letras o deja en blanco la tarea.

En aritmética: tiene dificultades en la abstracción, especialmente en la división (síntoma muy representativo de simbiosis).

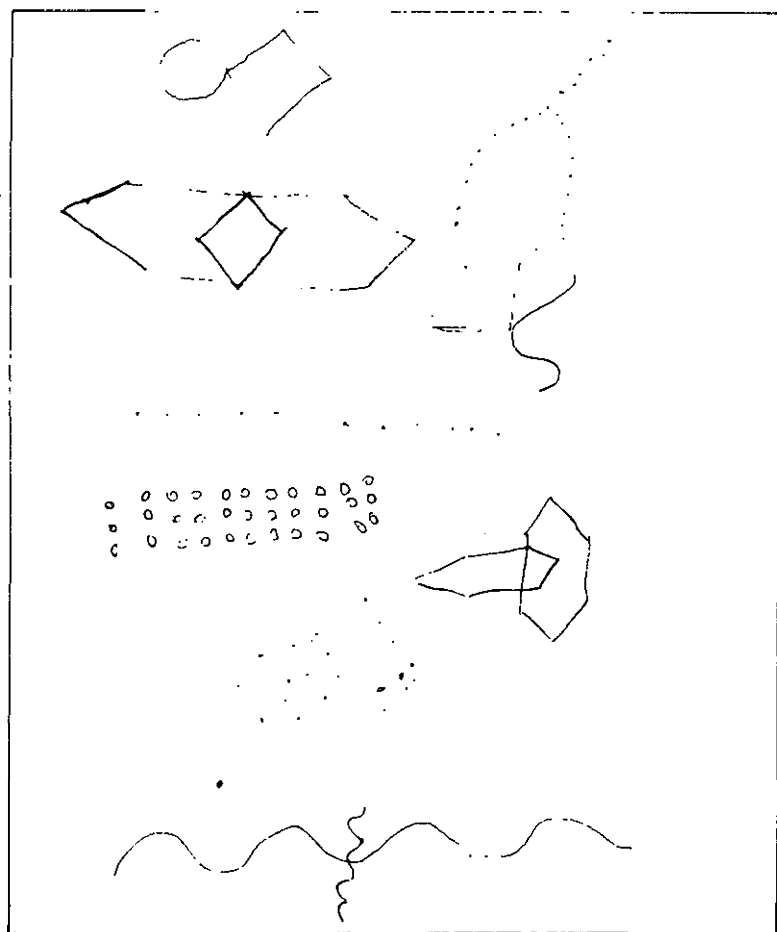
Debe manejarse a nivel muy concreto, con las tablas a la vista.

En lectura: lee deletreando; no tolera su lentitud y encubre su dificultad con una actitud fóbica a los libros. Se ha formado así un círculo vicioso: a menor práctica, mayor dificultad y mayor vergüenza.

Actitud crítica: Su actitud omnipotente le impide reconocerse como alumna-problema y pedir ayuda.

Si se equivoca dice: "lo hice así porque quise". Con esta respuesta niega la realidad, y ataca constantemente a los docentes y además adultos que pueden ayudarla.

Transcribimos a continuación los tests tomados a María y su



interpretación. Nuestro objetivo es demostrar las motivaciones profundas que llevaban a María a *no aprender*.

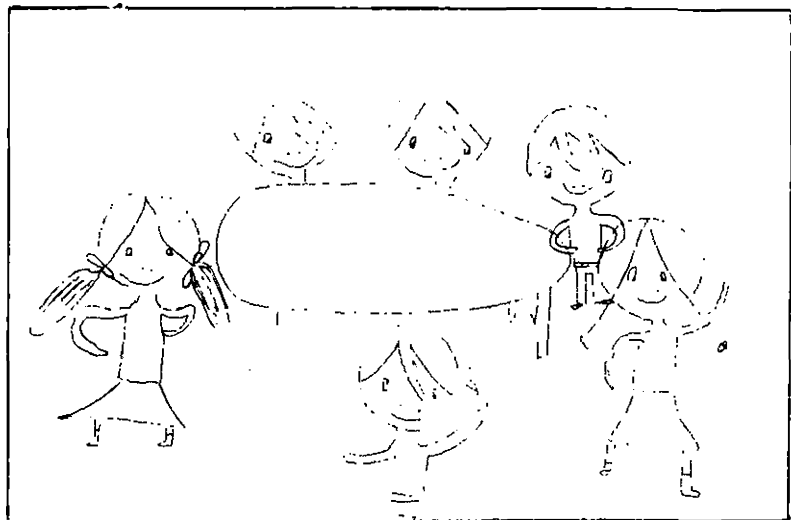
Su nivel de maduración visomotora está ligeramente por debajo de la media de su edad.

Presenta una buena integración gestáltica y mediana orientación espacial con dos rotaciones parciales en figuras 3 y 7.

Su línea, poco firme, demuestra gran esfuerzo de control emocional, que se evidencia también en la ondulación de las líneas rectas y en los ángulos que a veces no llegan a cerrarse o se cruzan.

En la figura 2 se observa que sus posibilidades de control emocional a nivel motor y su orientación espacial son lábiles (nótese que se pierde en la segunda mitad de la figura).

Test de la familia



Se observa:

Esteriotipia: todas las caras tienen igual tamaño y expresión.

Indiferenciación de tamaños: hijos y padres iguales.

Confusión sexual: María se dibuja con igual peinado que sus hermanos varones y esto no ocurre con la imagen de la madre y de la hermana.

Confusión corporal: la mesa parece un gran cuerpo común con el hermano.

Transparencias: en los brazos del padre.

Ausencia de manos y pies: dificultad de contacto con la realidad y con los otros.

Expresión: manía y paranoia.

En síntesis: negación maníaca de las diferencias de edad, sexo

y tamaño. Manejo omnipotente y confusional de los objetos externos.

Test de apercepción temática infantil (C.A.T.)

Lámina 1: Shock (tarda varios minutos) ... Una mamá que tenía tres hijitos, y que todos los días le daba de comer, y que los hijitos parecían muertos de hambre, porque comían mucho (¿qué pasó?) Cada uno tenía su lugar para sentarse. Tenían siempre un mantel blanco. Nada más.

Lámina 2: Había una vez una mamá con un hijito; que un día se pelearon la mamá y el papá con una sogá y tiraban mucho en una montaña ... (¿qué más?) Se cortó la sogá y la mamá, el papá y el hijo se cayeron, y estaban muy heridos y los vieron otros osos y los llevaron al veterinario para que los curen y después nunca más se empezaron a pelear y vivieron siempre felices.

Lámina 3: Había una vez el rey de la selva estaba muy triste, porque no había qué hacer ... (¿qué más?) Porque se estaba poniendo viejo y una vez le dijo a un león: me estoy poniendo tan viejo que me voy a morir, así que vos vas a ser el rey de la selva. (¿Y qué pasó?) Se empezó a morir.

Lámina 4: Mamá canguro una vez los llevó a sus dos hijitos de pic-nic; uno iba en triciclo y otro con la mamá. El más chiquito llevaba un globo. Llevaba un sombrero y una canasta (¿quién?), la mamá saltaba. (Largo silencio.) (¿Qué más?) Se fueron al río y en el río se bañaban y el más chiquito casi se ahoga; entonces el mayor le avisó a la mamá y entonces fueron a la casa. (¿Cómo se salvó?) La mamá lo salvó.

Lámina 5: Shock. Inhibición total de la fantasía.

Lámina 6: Había una vez la mamá Topo con el hijito estaban durmiendo en una casa que era una cueva. Era una noche y empezó a llover tan fuerte que casi se rompe la cueva (dos minutos de silencio). (¿Qué pasó?)

Después a la mañana temprano se fueron de esa cueva y fueron a otra que era mejor porque no se rompía.

Lámina 7: Había una vez un tigre que casi se muere de hambre porque donde estaba no había nada para comer; y después de tanto buscar, encontró un mono y el mono empezó a aullar y cuando encontró un árbol empezó a subir (se calla). (¿Qué pasó?) Después se fue el tigre.

Lámina 8 (tres minutos): Una mona, y un monito y un mono que invitaron una mona para tomar el té. El Papá Mono le dijo al monito: —Andate a jugar. Y el monito le protestó: —Si no tengo ningún amigo. —Andá con los juguetes. —No, yo quiero escuchar la conversación (se ríe). El padre le dijo: —Esta vez te dejo pero otra vez no te voy a dejar. (Me río por las caras, dice M.) Una mona y un mono se decían: —Qué monito tan mal educado.

Lámina 9: Había una abuelita conejita que estaba en la cama porque estaba muy vieja y todos los días su nieta le traía cosas para que coma porque no se podía levantar de la cama (demora 3 minutos) y después vino un lobo y se la comió de un trago; después vino el nietito a traerle las cosas, y cuando entró se la comió también de un trago; y vinieron los cazadores del bosque y le abrieron la barriga y sacaron a la mamá conejita y a la nietita y le pusieron piedras. Como estaba pesada, se cayó.

Lámina 10: Había una vez una perra con su hijito. El hijito se había escapado a jugar con otro que era de enfrente; y la mamá no lo encontraba por ninguna parte; entonces, cuando llegó, la mamá estaba acostada, se levantó y le pegó.

Interpretación dinámica del C.A.T.

Lámina 1: Presenta contradicciones lógicas: “Todos los días les daba de comer y estaban muertos de hambre”. “Tenían mucho hambre porque comían mucho”. Confusión entre comer y ser comido; confusión sujeto-objeto; enorme ansiedad oral. La situación de conflicto que plantea queda encubierta en lugar de resolverse. Para esto utiliza la descripción.

Lámina 2: Confusión hijo-pareja. Los impulsos de reparación y la felicidad se logran por total represión de los impulsos agresivos. La solución es disociada y maniaca.

Lámina 3: Negación perceptual: no menciona al ratoncito; lo transforma en un segundo león que dialoga con el Rey. La agresión se vuelve contra sí mismo, con castración y muerte. En la confusión ratón-león y en la necesidad de que se muera el viejo para sucederlo, podemos señalar el núcleo del conflicto de María: su temor a crecer está en conexión con sus conflictos de identificación. Crecer es transformarse en otro, debe esperar que muera el rey para reinar. Por lo tanto crecer es matar, y para frenar ese trágico proceso frena todo cambio que signifique crecimiento.

Lámina 4: Represión de la agresión contra la madre, mediante la idealización, negación maníaca y el largo silencio. Puede expresar la agresión contra el hermanito, pero los impulsos reparatorios puestos en la madre la hacen volver a la idealización.

Lámina 5: Los impulsos reparadores de la lámina anterior eran maníacos, y hace el shock en esta lámina, con total represión de la fantasía.

Lámina 6: Puede salir del shock identificada con un bebé ligado a su mamá, sin ningún rival, en una situación idealizada y poniendo la agresión en el mundo externo. Mecanismo de regresión y omnipotencia maníaca en la reparación. Idealización de la situación prenatal: la cueva rota por la tormenta sería su imagen del nacimiento.

Lámina 7: Voracidad insatisfecha y castigada con peligro de muerte. Manejo omnipotente y maníaco: transforma al chico en grande y más hábil y al grande en impotente; el conflicto se resuelve por retirada del protagonista insatisfecho. Aquí observamos el temor que presenta María para expresar sus fantasías de voracidad y agresividad oral. Podemos suponer que la confusión realidad-fantasía está en la base de esta situación.

Lámina 8: La rebelión del pequeño triunfa sobre los adultos. Nuevamente la solución del conflicto es omnipotente.

Lámina 9: La utilización del cuento de Caperucita Roja sirve como pantalla para ocultar la propia fantasía. La voracidad es proyectada, disociada y la agresión oral duramente castigada.

Lámina 10: El castigo de la rebelión por parte de la madre parece una expresión de deseos, una búsqueda de frenos para su fantasía. Triunfan el sometimiento y la represión.

Síntesis: Funciona con proceso primario en cuanto a la confusión sujeto-objeto, confusión fantasía-realidad y presencia de la omnipotencia y negación maníacas en casi todas las láminas.

Sería dificultad en el manejo de la agresión (especialmente la oral).

Utiliza predominantemente los mecanismos de proyección, disociación y regresión.

Sería represión de la fantasía, observable en los abundantes silencios y detenciones; inhibición total en la lámina 5 y utilización de pantalla estereotipada en lámina 9.

Test desiderativo

POSITIVOS

1. Un conejo. (?) Saltaría. Andaría por todas partes.
2. ¿Planta? No elije.
3. ¿Objeto? No elije.

Elije otro animal: la vaca. (?) Andaría por el campo y me ordeñarían.

NEGATIVOS

1. No quiere ser vinchuca porque le haría mal a la gente.
No puede decir ningún otro negativo.

INTERPRETACIÓN

Se observa gran represión de la fantasía, supuestamente ligada a su confusión fantasía realidad. Puede identificarse únicamente con animales (identificación que por otra parte se presenta constantemente). En la elección de la vaca, aparece una confusión de ella con el objeto elegido (*me ordeñarían*), identificación proyectiva con figura materna alimentadora.

En los negativos, la percepción de sí misma como vinchuca señala su temor a la agresión oral y a sus consecuencias.

Examen intelectual: test de inteligencia infantil: WISC

Puntajes y C. I. del caso nº 2, María Z., 10 años

<i>Subtest verbales</i>	<i>Puntajes</i>	<i>Puntajes equivalentes</i>
Información	11	8
Comprensión	11	9
Aritmética	6	6
Semejanzas	8	9
Vocabulario	26	9

Puntaje verbal: 41

Pruebas

Edades

Verbales	5-6	6-6	7-6	8-6	9-6	10-6	11-6	12-6	13-6
1- Información	5	7	8	10	11	13	14	17	18
2- Comprensión	5	6	8	9	11	12	13	15	16
3- Aritmética	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4- Semejanzas	3	4	6	7	8	9	10	11-12	13
5- Vocabulario	15	18	21	25	28	32	36	39	43
			22	26	29	33	37		44
Ejecución									
1- Completamiento de figuras	6	7	8	9	10	11	12	12	13
2- Ordenamiento de figuras	4	7	14	22	25	27	29	30	31
		9	16	23	26	28			33
3- Cubos	4	5	6	9	13	16	21	29	32
				10	15	20	24	30	33
4- Rompecabezas	8	12	14	17	19	21			
	9	13	15	18	20	22	23	24	24
5- Claves	10	13	21	25	30	36		45	48
		16	22	26	32	37	41	46	49

Dispersigrama del caso nº 2. María Z., 10 años

Los puntajes más altos en ordenamiento de figuras (11) y en rompecabezas (11) indican que María funciona bien en pensamiento lógico-concreto y en integración sintética a nivel concreto.

En cubos su nivel baja (9). Presenta dificultad en análisis y síntesis; llama la atención su *confusión espacial que parece lacunaria*, pues fracasa en las figs. 2 y 3 y resuelve bien la 4. Esto coincide con su rendimiento en ondas, observado en el cuaderno, y con momentos de confusión, que coinciden con situaciones de gran ansiedad.

Subtest de ejecución

Completamiento de figuras	7	6
Ordenamiento de figuras	27	11
Cubos	15	9
Rompecabezas	22	11
Claves	30	9

Puntaje ejecución: 46

	<i>Puntajes equivalentes</i>	<i>C. I.</i>
Escala verbal	41	89
" ejecución	46	94
" total	87	91

ANÁLISIS CUALITATIVO DEL WISC

El C. I. es normal bajo (91), tiene puntajes más altos en las pruebas de ejecución (94) que en las verbales (89). Esto indica un mejor funcionamiento en relación con los objetos o situaciones concretas, que en el nivel del pensamiento abstracto.

Llama la atención el desequilibrio en la distribución de los puntajes (ver dispersigrama).

En vocabulario muestra dificultad para verbalizar sus conocimientos, pues conoce los objetos pero le cuesta describirlos.

El puntaje más bajo está en aritmética: no puede ir más allá del pensamiento lógico-concreto.

Los puntajes más bajos se observan en:

Figuras incompletas: donde se observa una conexión pobre con la realidad externa y un predominio de la fantasía sobre la realidad.

Aritmética: no puede superar el nivel de pensamiento lógico concreto.

Su pensamiento abstracto está bloqueado por la represión de sus fantasías, tal como puede observarse en las pruebas proyectivas y por un constante predominio del proceso primario. Su rendimiento en ondas evidencia un yo débil, que promueve un pasaje constante de ida y vuelta del proceso primario al secundario.

Conclusión

¿Qué pudimos ver con el análisis de este caso?

¿De qué manera nos enriquecimos con su estudio profundo?

Para nuestra tarea es indispensable la comprensión de las causas del no-aprendizaje, y en qué medida la personalidad toda está comprometida en el problema.

Cuando el no-aprendizaje está motivado por una labilidad del yo, de origen emocional, y por un proceso secundario pobremente estructurado; cuando observamos que en el interjuego de fuerzas vitales predominan los mecanismos autodestructivos o contrainteligentes, estamos ante la presencia de un caso que necesita atención psicoterapéutica y que de ninguna manera saldrá adelante con reeducación.

Lamentablemente, en este caso los padres no pudieron tolerar el cambio de enfoque, pues los comprometía a ellos como grupo enfermo.

Los padres pretendían lo imposible, a saber, que María aprendiera en la escuela, pero que no cambiara en la familia ni pretendiera cambiarlos a ellos: la intolerancia al cambio era total y los roles fijos e inamovibles.

Aquí nos encontramos con una dificultad técnica muchas veces insalvable.

Los padres de un niño con dificultades de aprendizaje presentan también rasgos de rigidez que les impide aprender, es decir, aceptar rápidamente un cambio de enfoque sobre el problema de su hijo.

Por lo tanto, nosotros hemos reemplazado la entrevista de devolución diagnóstica por un período de "trabajo de ablande", más o menos largo, según el caso, mientras se trabaja con el hijo en psicopedagogía clínica.

Mediante este trabajo paralelo de padre e hijos se ha logrado que los padres vayan cambiando lentamente su enfoque, se desbloqueen y comiencen a aceptar las otras variables del problema.

Bibliografía

- Anderson y Anderson, *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*, Rialp, Madrid, parte IV, nº 19 y 20.
- Battro, Antonio, *El pensamiento de Jean Piaget*, Emecé, Bs. As., 1971.
- Berkowitz, P. H. y Rothman, P. E., *El niño problema*, Paidós, Bs. As.
- Bion, W. R., "Lenguaje y esquizofrenia", en M. Klein, *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As.
- Kasanin, J. A., *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*, Hormé, Bs. As.
- Klein, M., "El papel de la escuela en el desarrollo libidinoso del niño" (1923), "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo" (1930) y "Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual" (1931), en *Contribuciones al psicoanálisis*, Hormé, Bs. As.
- Luzuriaga, I., *La inteligencia contra sí misma*, Psique, Bs. As.
- Milner, Marlon, "El papel de la ilusión en la formación de símbolos", en M. Klein, *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Hormé, Bs. As.
- Pearson, G., *Psicoanálisis y educación del niño*, Libros Básicos, Bs. As.
- Rapaport, D., *Tests de diagnóstico psicológico*, Paidós, Bs. As., caps. II y V.
- Rapaport, D., *Hacia una teoría del pensamiento*, Escuela, Bs. As.
- Stevens, A. y Wherhein, H., "Causas psiquiátricas de las dificultades de aprendizaje", *Rev. S.A.P.P.I.A.*, año 1, nº 3/4, 1970.
- Tarnopolsky, B. E. E. de y colab., "Contribución de la psicopedagogía para el diagnóstico de la psicosis y de los casos fronterizos".
- Winnicott, W., *La familia y el desarrollo del individuo*, Hormé, Bs. As.

Capítulo XIII

La enseñanza del psicodiagnóstico

Una experiencia en la enseñanza del psicodiagnóstico. Técnica del *role-playing*

Enza M. Appiani, Esther Fainberg,

María E. McGuire de Llauro y Yolanda Kleiner

En este trabajo se pretende vertir la experiencia que resultó de insertar la técnica del *role-playing* dentro de la enseñanza del psicodiagnóstico.

Esta se realizó en 1970, en la Cátedra de Técnicas Proyectivas II, perteneciente a la carrera de Psicología. Nos proponíamos que la formación del alumno, hasta entonces hecha sobre la base de clases teórico-prácticas, se apoyara en la anticipación vivencial de la tarea futura.

Elegimos el *role-playing* porque, al igual que el psicodrama del cual se desprende, pone el énfasis en la intervención de la persona total, especialmente del cuerpo, en sus variadas expresiones e interacciones. Se buscó la integración del lenguaje verbal con el lenguaje de acción permitiendo la captación e integración de posibles mensajes contradictorios.

En la descripción de esta técnica podemos detectar tres momentos:

1) *Warming up*: es el período de preparación para la dramatización. La coordinadora invita a los alumnos a que verbalicen aquello que están pensando, sintiendo: fantasías, expectativas, dificultades, etc., actuaciones en ese momento.

2) *Dramatización*: es el núcleo del *role-playing* (dramatización). Cuando el grupo ha alcanzado un emergente común y consenso general de que la problemática está centrada, comienza la acción, sobre *modelos* más o menos alejados de la situación *quo*

se quiere anticipar. Llamamos modelos a situaciones que, a modo de significantes, nos remitan a un significado único: la situación concreta entrevistado-entrevistador, en el proceso psicodiagnóstico. Para realizarlos se eligen los protagonistas, cuyo número es variable; éstos dan vida, caracterizan, ubican espacialmente los personajes y comienzan el diálogo.

3) *Análisis*: intervienen los alumnos que actuaron como observadores de la dramatización, comentando y opinando sobre ésta; también lo hacen los protagonistas. Cualquiera puede dar un nuevo enfoque y dramatizarlo.

4) *Elaboración*: se pasa a conceptualizar lo vivenciado integrándolo dentro de un esquema referencial, que en esta experiencia fue el psicoanalítico.

La posibilidad de cortar las escenas dramáticas cuantas veces sea necesario, recoger los sentimientos y vivencias internas de protagonistas y observadores, posibilita otra percepción del fenómeno desde una dimensión distinta. Que los mismos protagonistas repitan la escena, que se inviertan los roles, que se cambien las situaciones o modelos, enriquece la situación dramática y favorece una mayor fluidez permitiendo al alumno detectar, valorizar y registrar debidamente aquellos estímulos que provienen de la misma.

En resumen, se consideraba beneficioso el aporte de la técnica del *role-playing* para:

a) *los alumnos*: porque les permite un acercamiento vívido a la problemática específica del entrevistado;

b) *el entrevistado*: puesto que una mejor disponibilidad del psicólogo en *rapport* y comprensión facilita su acción;

c) *el equipo docente*: como instrumento de investigación. (Para la búsqueda de mejores métodos en la enseñanza de la materia.)

Lugar y forma en que se realizó la experiencia

El Hospital Rawson brindó la posibilidad de que se realizase este trabajo en tres de sus servicios: el de Clínica General, el de Maternidad y el de Ginecología, en cada uno de los cuales trabajó un grupo de alumnos. Así, los entrevistados eran o bien personas que habían perdido algo real: la salud, que padecían algún

tipo de enfermedad más o menos grave, que serían o habían sido recientemente operados, o bien mujeres con una situación vital especial: inminencia de parto, complicación de embarazo, o en postparto.

Las tres comisiones se reunieron en un mismo lugar geográfico: un aula cedida por el Servicio de Maternidad, cuya jefatura está a cargo del doctor Ricardo Gavensky. La licenciada Enza María Appiani, jefa de trabajos prácticos, coordinó los tres grupos. Las Lic. Esther Fainberg, María Eugenia McGuire de Llauró, Yolanda Kleiner, ayudantes de trabajos prácticos, a cargo respectivamente de cada una de las comisiones, realizaron la observación. Su tarea, el registro de la situación dramática (verbalización, acción y clima emocional), posibilitó que junto con la coordinadora se hiciese la elaboración ulterior del material, base de este trabajo.

Momentos de la experiencia

Esta experiencia se dividió en los siguientes momentos y subetapas:

1er. momento

- a) Inclusión del alumnado en el Hospital
- b) Inclusión de cada comisión en el Servicio que se le había adjudicado
- c) Toma de contacto del alumno con el paciente

2º momento

- d) Realización concreta de la tarea

3er. momento

- e) Evaluación

a) Inclusión del alumnado en el Hospital

Trabajar sobre este aspecto insumió una reunión de *role-playing* por comisión. Las consideraciones que se infieren de esas reuniones son las siguientes:

Que frente a una situación nueva (entrar por primera vez a trabajar en un hospital general), los grupos tendieron a asimilarla con otra más conocida, su contacto con el Hospital Psiquiá-

trico. Así, la enfermedad mental parecía presentarse como menos ansiógena que la enfermedad física. Inferimos que detrás de esto actuaba una fantasía: sus estudios de psicología, sus conocimientos sobre la enfermedad y la salud mental pueden operar como arma preventiva, que los aleja de la posibilidad de padecer perturbaciones en esa área. En cambio, el desconocimiento de la enfermedad orgánica y la falta de elementos técnicos para controlarla los hacía sentir desprotegidos, pasibles de sufrirla y aun de contagiarse por cuanto se la ligaba estrechamente con la muerte.

En síntesis, la acción terapéutica estaría trabada frente al paciente dañado corporalmente, mientras que la capacidad reparatoria podría mantenerse frente a la enfermedad mental.

Esto condujo a temores paranoides intensos: temor a que los contagiaran, enfermaran y, por ende, a una reactivación de defensas paranoides ("ellos matarían a los perseguidores") lo cual equivalía a ver sólo muerte y destrucción.

Esto no sólo se dio en los servicios de Ginecología y Clínica Médica, en donde era más factible encontrarse con la enfermedad grave y aun la muerte, sino también en la comisión que trabajó con Maternidad, cuya realidad incluye un mayor porcentaje de vida y salud. En este grupo también se dramatizaron situaciones de aborto, maltrato, muerte y pérdida.

En este primer contacto, todo el Hospital General despierta en los alumnos angustias muy intensas, como si albergase sólo muerte y desintegración. Ellos se sienten, por impotencia y pánico, con exiguos instrumentos terapéuticos para ejercer cualquier acción.

La función esencial de reparación que tiene el Hospital, en cuanto posibilidad de restituir la salud al enfermo, no fue integrada en las verbalizaciones.

Esta necesidad de delimitación entre enfermedad orgánica y mental está expresando también la disociación cuerpo-mente, necesaria frente al temor de encontrar la destrucción global y unificada en la "persona" enferma.

Sumados a este temor de acercarse a la "persona", se vio que existían temores de remover aspectos psicológicos que pudiesen angustiar y enfermar aun más a estos pacientes. Los alumnos desconfiaban del desempeño adecuado de su rol.

Nuevamente mostraron la "desconfianza" en sus posibilidades reparatorias, temiendo la respuesta agresiva, "desconfiada", del paciente.

Algunas de estas ansiedades habían sido verbalizadas en la reunión y fueron actuadas abruptamente en dos comisiones por ciertos alumnos que llegaron tarde a las mismas, al no sentirse contenidos por el grupo de pertenencia, ya que los otros alumnos, ayudantes y coordinadora, habían ingresado grupalmente. Esta emergencia de ansiedades desorganizó en parte la tarea que se realizaba en esos momentos.

Por ejemplo: a Ginecología llegaron 2 alumnos a los 20 minutos de haber comenzado la reunión. Al comentar las idas y venidas que hicieron por el Hospital hasta dar con el lugar preciso, lo efectuaron en un tono muy marcado de ansiedad, lo que hizo que el grupo tuviese que alterar el ritmo con que venía trabajando, observándose un retroceso.

Si bien el enfrentamiento con el Hospital General tuvo para todos características semejantes, se observaron singularidades propias en cada grupo, que suponemos determinadas en gran medida por el objeto a enfrentar: los distintos Servicios. Cabe destacar que la inscripción por comisión incluyó la posibilidad de que el alumno eligiese el Servicio en el cual prefería trabajar.

Con respecto al clima emocional, las singularidades fueron las siguientes: los primeros momentos, en la comisión que trabajó en Ginecología, tuvieron un clima predominantemente pasivo, apático, surgiendo la consiguiente dificultad de plantear dudas y expresar sentimientos. En la comisión que trabajó en Clínica Médica, por lo contrario, había un incremento ideacional que se vio reflejado en una rápida disposición a la tarea con proposición de modelos variados y ofrecimientos para dramatizar situaciones con ritmo maniaco. Sin embargo, el contenido temático apuntaba a elementos que conservaban y aun incrementaban los aspectos destructivos y deteriorantes expresados en la comisión anterior. En la comisión que trabajó en Maternidad reinaba un clima de disponibilidad, entusiasmo y aceptación, que les permitió entrar rápidamente en contacto con la tarea.

Estos climas diversos se debieron, suponemos, a que el impacto causado por los pacientes llevó a un grupo (Ginecología) a una identificación de tipo masivo con mínima distancia, y al otro grupo (Clínica Médica) a un alejamiento tal que no les permitió identificarse.

Suponemos que estas actitudes polares se deben a una alta coincidencia de sexo y edad entre las entrevistadoras y las pa-

cientes a entrevistar en Ginecología. Por lo contrario, en Clínica Médica, los sujetos eran en general una población que superaba los 40 años. (El clima podría haber sido de paralización depresiva si hubiera dominado el miedo por los pacientes [padres enfermos]; evidentemente privaba el temor por el propio yo, por el propio cuerpo.)

El clima de Maternidad pudo deberse fundamentalmente a la posibilidad de disociar muerte y vida, ya que ésta es prevalente, posibilidad fortalecida por el ambiente geográfico en el que se iban a incluir, percibido como lugar alegre y confortable.

Explicitar y verbalizar las impresiones sobre el contacto (del alumno) con el Hospital General (parte del *warming up*) alivió las tensiones y permitió pasar al 2º momento:

h) Inclusión de cada comisión en el Servicio que se le había adjudicado

A los fines de lograrlo, la coordinadora motivó a los alumnos para que expresaran expectativas con referencia a cada Servicio y delinearán el objeto específico (población, sexo, edad, tipo y grado de enfermedad o situación).

Queremos aclarar que las verbalizaciones y dramatizaciones pueden comprenderse utilizando diferentes niveles de análisis: aprendizaje, fantasías inconscientes, los cuales se usarán alternativamente en este trabajo.

1) *Nivel de aprendizaje.* Se enfatizó el desempeño del rol haciendo especial referencia a los estereotipos que perturbaban el mismo y por ende disminuían la eficiencia o eficacia. Por ejemplo, tanto el grupo como la coordinadora explicitaban las regulaciones de distancia (tanto corporal como afectiva), tipo de lenguaje, formas de comunicación con los entrevistados.

2) *Nivel de análisis de fantasías vinculares desde el rol.* Las situaciones dramatizadas se tornaron y analizaron como micro-muestras de vínculos posibles en el proceso psicodiagnóstico.

Se analizaron desde el entrevistado y desde el entrevistador y en su interrelación las fantasías manifiestas y latentes, pasando siempre de su descripción a su conceptualización. Por ejemplo, los temores reiterados a sufrir fenómenos de despersonalización, actuación complementaria de aspectos disociados, etcétera.

El contenido de las verbalizaciones, tales como proposición de modelos para trabajar, reflexiones, comentarios, y de las dramatizaciones mismas, era similar al clima descrito para Ginecología. Pensamos que el contenido y la forma se debió a la movilización de fantasías persecutorias muy universales que despertaban las pacientes (fantasías de esterilidad, castración, daño, vaciamiento interno, etcétera).

Por ejemplo, como expectativa de pacientes a encontrar, se mencionaron: cáncer en una maternidad reciente, histerectomía en una joven soltera. En la elección de modelos se mencionaron situaciones cuyo denominador común era la muerte inminente o esterilidad en cuerpos jóvenes y procreativos. También en las *dramatizaciones* surgieron estas fantasías, y la defensa consecuente determinó distancia corporal y bloqueo afectivo. Por ejemplo, para dramatizar una situación de separación y muerte, se eligió el modelo de dos amigas que se despedían, debido a que una de ellas viajaba al exterior.

A: "Hola, ¿cómo estás?"

B: "Aquí, con todo revuelto."

A: "No te vas a hacer problemas por mí. ¿Ya tenés todo preparado?"

B: "No, me falta terminar de levantar la casa."

A: "Me da tristeza ver todo guardado."

B: "Yo estoy ilusionada por aquello, pero no sé si volveré alguna vez, si volveré a ver a mis padres."

A: "¿Qué tal, cómo andás?..." (aquí comienza una conversación distante e intrascendente que termina con el corte de la coordinadora).

El comentario general del alumnado frente a esta dramatización fue que no pudieron dramatizar la situación de las amigas: lo que se decían y la actitud corporal que mantenían las mostraba más como simples compañeras de trabajo que como amigas íntimas.

Observamos que el intercambio, al tornarse peligroso, se transformó defensivamente de diálogo en monólogo, con líneas ideativas paralelas.

La otra dramatización siguió el mismo modelo, se realizó con la finalidad de corregir la distancia y bloqueo emocional, y la

desempeñaron quienes percibieron con mayor énfasis este déficit; no obstante, se repitió la misma situación.

Esta segunda dramatización repite la defensa, porque no se logró un real *insight* del motivo de la misma: el enfrentamiento con lo peligroso, o sea, hacer consciente la fantasía encubierta que se daba en este modelo, en el que dialogar significaba comunicarse con otro que está revuelto porque se va, partida que nos entristece y deprime más aún, si es posible que no nos reencontremos nunca más. Esto se evita comunicándose. "¿Qué tal, cómo andás? ..."

Inferimos así de estos modelos que, en una situación de entrevista con una paciente en situación de ser intervenida por un daño ginecológico, la entrevistadora, con el fin de no desorganizarse, no recibe los mensajes, como consecuencia de lo cual no comprende al otro, no se hace cargo de la preocupación por su enfermedad, evadiéndose hacia un tema intrascendente.

En el *role-playing*, el modelo retraduce la situación original, permitiendo ver las distorsiones del rol determinadas por los factores emocionales, vivencias, fantasías inconscientes, etcétera.

EN LA COMISIÓN CORRESPONDIENTE AL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

Por los modelos elegidos, verbalizaciones, comentarios, pudimos inferir que el estudiante percibe una sala de clínica general como un objeto previsible, no bien definido y por ende no controlable, que produce cierto desconcierto, desasosiego y ambigüedad. Al no tener posibilidad anticipatoria, las respuestas fueron polares, como en Ginecología: por un lado no hacerse cargo, no querer enterarse qué tipo de enfermedad padece el paciente por entrevistar, qué le ocurre a este o aquel enfermo o, por lo contrario, perder la distancia y hacerse cargo de todo lo que le sucede (y temiendo incluso contagiarse).

A semejanza de la comisión anterior, se percibió a la sala como el continente de la destrucción, siendo en este caso una destrucción que se expande y contamina, destruyendo a quien se acerca a ella.

La enfermedad general es vivenciada irrumpiendo bruscamente, con un abandono abrupto e imprevisible de la salud, un corte en la continuidad temporal que rompe con las situaciones cotidianas vitales (poniendo énfasis en el factor tiempo como elemento esencial para poder aceptar cambios).

Las situaciones para dramatizar se van tornando cada vez más graves e irreparables. Se propone dramatizar cómo entrevis-
tar a un paciente ya operado, a un paciente antes de que lo ope-
ren, a un cardíaco, a un infectocontagioso, a un canceroso.

Por último, se elige la situación que ellos más temen: un en-
fermo con cáncer. Los modelos sugeridos son: un accidente aéreo
a raíz de una tormenta, situaciones de guerra, alguien que se está
por recibir, un parto, un hijo que se va... "bueno, todo lo que
implique un duelo".

En último término se dramatiza una situación de despedida
de dos amigos. Carlos y Silvia, uno de los cuales obtuvo una beca y
parte hacia el extranjero. La acción se desarrolla en un bar; el
encuentro es casual.

Se saludan.

S.: "¿Sabés? Me voy... conseguí la beca a Inglaterra."

C.: "¿Por mucho tiempo?"

S.: "No sé."

C.: "Por mucho tiempo."

S.: "Quizá 4 años, por ahí me quedo."

C.: "¿Y por qué nunca me dijiste nada?"

S.: "Por miedo, tal vez."

C.: "¿Pero, y aquello que habíamos comentado... el trabajo
en el interior del país...?"

S.: "Y... uno claudica, algún día pienso volver y hacer la
revolución."

C.: "Ahora, ¿qué sentís?"

S.: "Desorientación, conflicto, por todo lo que había pen-
sado."

C.: "Vas a especializarte."

S.: "Sí, voy a estudiar clínica."

C.: "Y con esos 4 años, ya estás realizada..."

S.: "¿Por qué me decís eso?"

C.: "Tal vez por desconfianza; todo lo que hablamos y todos
los planes que hicimos juntos..."

S.: "Y siento culpa..."

C.: "Pero no vengas con psicologismo..."

S.: "Yo no lo podía decir."

C.: "¿Te querés rajar de algo?"

S.: "No me vengas vos con psicologismo."

C.: "Y sí, igual que vos..."

S.: "Mirá, peor es si lo rechazo. Estoy mal con vos, pero tengo necesidad de irme para aprender, es conflictivo... si ir, si quedarme..."

C.: "Yo comprendo, pero me falluteaste, ¿cómo no confiaste en mí?"

S.: "No sé; me siento indefensa, ni puedo agredirte."

C.: "¡Estás irreconocible!"

S.: "Yo no lo vivo como algo tan grave, vos no lo sientas como una falluteada, son cosas que uno hace sin darse cuenta."

C.: "¿Vas con alguien?"

S.: "No, voy sola."

C.: "En tu casa, ¿qué dicen?"

S.: "Bah, como hace tanto que vivo sola... pero y vos ¿qué vas a hacer?..."

C.: "Yo voy a seguir con mis planes."

S.: "¿No te gustaría venirte a Inglaterra?"

C.: "Y sí... no, pero voy a seguir."

Cortan. La coordinadora pregunta a cada uno qué sintió.

Soliloquios:

S.: Sorpresa, no estaba preparada para el encuentro; también bronca porque me recalaba las cosas que perdía aquí; sentía que era por envidia.

C.: Me sorprendió su cambio de actitud, estaba fría, muy defendida, no se comprometía, yo necesitaba reprocharle, no pudo reconocer lo que perdía, hacía un mal desprendimiento. No valorizaba todo lo que hicimos juntos. Sentí que me abandonaba, que se iba de la relación, era irremediable, me dolió y me dio bronca. No se comprometió afectivamente.

Comentarios del grupo de alumnos observadores:

a) No fue una situación dolorosa.

b) Predominó la bronca por no realizar un proyecto.

c) Silvia hizo un planteo maníaco y Carlos la puso en vereda.

d) Cuando Carlos hablaba, se sentía un vínculo entre dos personas; en cambio, cuando participó Silvia, ella hacía una negación maníaca no sólo de lo que dejaba, sino del futuro.

El grupo, con la ayuda de la coordinadora, pasa a analizar el modelo dramatizado:

Representaría a un enfermo que, al enterarse de su diagnóstico grave, se fuga a una relación idealizada o busca en una relación

todavía desconocida aquello que no tiene. Se puede homologar ir a Inglaterra con ir al hospital. Allí (en Inglaterra-hospital) se va a formar, curar de los males que aquí padece (casa-Argentina).

Los ataques que recibe Silvia pueden verse como los ataques de los familiares del paciente por su decisión de internarse.

La reacción de Carlos al detectar la dependencia del paciente hacia una institución idealizada (hospital-Inglaterra), corporizada seguramente en el médico, nos muestra el temor de los alumnos, quienes, como psicólogos, reaccionarían mal al percibir que los pacientes pueden rechazar la tarea que harían juntos. "C.: No valorizaba todo lo que hicimos juntos. Sentí que me abandonaba, que se iba de la relación, era irremediable, me dolió y me dio bronca. No se comprometió afectivamente."

Queda reflejada la mayor persecución del psicólogo ante el enfermo del Servicio de Clínica Médica: que éste no acepte la asistencia psicológica, sino sólo la del médico clínico, delimitando su enfermedad en el área de su cuerpo con exclusión de su mente, disociación favorecida y reforzada en general por la asistencia médica hospitalaria, unidireccionalmente dirigida al cuerpo, centrada sobre el "enfermo", desprendida de la persona.

También se pudo ver la situación opuesta: el paciente, atemorizado por la internación o el tratamiento médico, va a la asistencia psicológica como "la Inglaterra" que lo salva.

Esta segunda posibilidad también despertó temores en los alumnos porque podía implicar que se vieran desmedidamente exigidos a curar.

Toda esa reunión de *role-playing* giró en torno de estas situaciones. Al término de la misma el grupo pudo enfrentarse con el temor central frente a su futura tarea: el de no asumir el rol de psicólogo que implica disociación instrumental y el logro de la distancia óptima.

EN LA COMISIÓN CORRESPONDIENTE AL SERVICIO DE MATERNIDAD

En primer término hay que aclarar que el grupo, en su mayoría, estaba integrado por mujeres y que pocas de ellas habían pasado por la experiencia de ser madres.

Si bien entre entrevistada y entrevistador había una distancia muy marcada, fundamentalmente por haber tenido evoluciones distintas, tanto individuales como sociales, supusimos que ambas se enfrentarían, especialmente en esta situación (maternidad), a

ansiedades y fantasías universales muy primitivas y muy semejantes, ligadas a la relación con la propia madre, en lo que hace a los aspectos femeninos, a la capacidad creativa.

Los temores fantaseados, que explicitaron, referidos al entrevistado fueron los siguientes (aclarámos que se mencionan respetando el orden espontáneo de sus verbalizaciones):

- a) que pierda el hijo
- b) un parto malo: difícil, doloroso
- c) problemas durante la gestación
- d) que médicos, enfermeras, pacientes, interrumpan la entrevista
- e) que el hijo esté bien y la madre mal o viceversa
- f) que sea una mujer soltera cuyo compañero no quiera saber nada del hijo, que la haya abandonado y que ella no lo pueda mantener.

Los temores referidos al papel del entrevistador giraron alrededor de la confusión de los roles, de la incapacidad de desempeñarse como psicólogos en situaciones dramáticas, incurriendo en una actuación de la contraidentificación (consolar, por ejemplo).

Luego de la explicación de estas fantasías, se sugieren modelos, resultando elegido el que se transcribe a continuación.

Primera dramatización

La situación propuesta es la de una patrona que advierte que la muchacha está embarazada de 4 meses. La muchacha tiene miedo de que la despidan y de que no pueda conseguir otro trabajo.

María (en soliloquio): Me mira... ya se dio cuenta, antes que me lo diga ella lo digo yo... qué problema. (Se acerca a la señora que está leyendo en el living.)

María: Mire, señora... tengo que hablarle... Usted es muy buena... entenderá.

Sra. (estaba sentada leyendo, deja apresuradamente el libro y con actitud comprensiva): ¿Qué pasa, María? Si quiere hablar, siéntese...

María: Lo que pasa es que con él no me veo más, porque los hombres... (se ríe, fuera del rol)... Bueno, voy a tener un chico... Es un lío... No sé si hablar con usted o con el señor.

Sra.: Me deja helada... ¿Usted fue al doctor? ¿Está segura?

María: No, no fui al doctor... No tuve menstruación... Yo sé.

Sra.: ¿De cuánto está?

María: De 4 ó 5 meses... Pensé que ya usted se había dado cuenta.

Sra.: No... La noté más gordita, pero como come tanto...

María: ¿Usted me va a echar?

Sra.: Pero María, cómo la voy a echar... Tendré que hablar con mi esposo.

María: Después de tener el bebe me puede echar.

Sra.: No piense en estas cosas, hay que arreglarlo de inmediato (en soliloquio): Esta situación me toma de sorpresa... Pobre... cómo la voy a echar, es demasiado buena.

María (en soliloquio): Es una lástima ser soltera, no tener dónde ir si la echan a una, sin medios económicos, me siento mal. La señora me va ayudar hasta que tenga el chico. No hay lugar para una mujer sola... después qué voy a hacer. Es una lástima.

Segunda dramatización

Se pide una segunda dramatización, a fin de ver otra modalidad vincular sobre el mismo tema.

María: Yo le quería decir algo. Me echaron del otro trabajo, de la fábrica, porque estaba embarazada. Con los tipos no hay garantía. En la fábrica no aceptan mujeres embarazadas.

Sra.: Ud. no me dijo que estaba embarazada.

María: La chica de la pensión dijo que usted es buena.

Sra.: ¿Qué quiere decir que yo soy buena? Usted trabaja, cada uno sabe lo que hace. La situación es mala. Podría ayudarla. Pero ¿qué piensa...?

María: Yo al chico ya lo tengo pedido por una pareja mayor que no tiene hijos o lo dejaría en Córdoba con la abuela.

Sra.: ¿Cómo? ¿Vender? ¿De qué tiempo es el embarazo?

María: 6 meses.

Sra.: Podría haberlo hablado antes. Yo no sabía... En el hospital no está permitido...

María: Fui a lo de doña Juana, en Carapachay, de la vecina, pero era muy caro.

Sra.: Somos dos mujeres, la habría ayudado. Usted se embarca en cada problema... El problema es quedarme sin servicio. Los chicos están encariñados con usted. (En soliloquio): Quedarme sin servicio.

María: Por allí lo pierdo rasqueteando los pisos...

Sra.: Hay que hablar con el señor, hay que ver al doctor.

María: Yo no sé nada. Con tener un chico no le falta el respeto a nadie.

Sra.: Se lo dejó faltar.

En las dos dramatizaciones aparece claramente el desdoblamiento de la mujer bondadosa que acepta, protege, y el opuesto, la mujer incomprensiva, narcisista, que sólo le preocupa el rol que María le cumple.

Los comentarios de los alumnos relativos a estas dos dramatizaciones fueron evolucionando.

Comenzaron con una cercanía muy inmediata a la situación dramatizada, verbalizándose las emociones despertadas; luego se pasó a enunciar posturas éticas frente al aborto, intentando hacer prevalecer sus esquemas valorativos por sobre los de la entrevistada.

Finalmente se logró pensarlo desde el rol del psicólogo.

En un primer momento se buscaron modificaciones inmediatas, sin comprender que la tarea no era lograr un cambio de actitudes y valores, sino realizar un psicodiagnóstico para comprender lo que le ocurría a la entrevistada, respetando sus estructuras y defensas. Surgió luego el reconocimiento de lo que sería una mejor actitud psicológica.

Consideramos que los roles de los modelos citados anteriormente son coherentes y responden a la idea del tipo de población que concurre a un hospital general.

Teniendo en cuenta la entrevista diagnóstica, las dos dramatizaciones ofrecen distintas imágenes del psicólogo.

La primera, presenta a una mujer excesivamente buena: un aspecto está representado por la muchacha que quiere tener el hijo y el otro actuado por la patrona (que en general no corresponde a la realidad de lo que es una patrona, sino más bien a una idealización de la misma). Ambas corresponden a una imagen idealizada del psicólogo, que a su vez determina una actitud de sometimiento y no explicitación de la desconfianza, que se expresa después en el soliloquio, fuera de la situación de entrevista.

La segunda, muestra a una madre que no se permite tener el hijo y que, si continúa el embarazo, lo hace pensando desprenderse de él después del nacimiento (actuación de una fantasía destructiva-delirante de la maternidad, para su clase social).

Con respecto al entrevistador, esta situación representa una alianza con el deseo de desprendimiento abrupto ("aborto"), como defensa ante la dificultad de tolerar el contacto con una mujer que siente negada su maternidad por su inserción social y rol afectivo.

c) Toma de contacto del alumno con el paciente

Al revisar el material correspondiente a esta fase de la utilización del *role-playing* para la enseñanza, encontramos más similitudes que diferencias entre las comisiones.

La técnica del *role-playing* fue un proceso corrector de fantasías actuantes, que permitió a los alumnos ubicarse en el papel real que debían desempeñar: esto es, el entrenamiento para la tarea psicodiagnóstica. También les permitió comprender que era necesario integrar la teoría que hasta el momento habían recibido con una práctica concreta, para lo cual debían instrumentalizar cierta distancia con respecto al paciente.

En esta etapa, a través de las verbalizaciones, proposiciones de modelos y dramatizaciones, expresaron sus dudas, temores, respecto de:

1) Posibilidades del *role-playing* como técnica que los ayudase a entrenarse.

2) Incapacidad personal para encontrar y mantener una distancia instrumental óptima.

3) Temor a: a) confundirse, b) olvidarse, c) poner muy ansioso al paciente; d) no poder manejar la envidia que pensaban se despertaría en el paciente frente a una persona sana; e) ser siempre tercero excluido, ya que las parejas se formarían entre madre e hijo, enfermo y vecino, enfermo y médico, enfermo y otro personal.

4) Ser sobreexigido en su función de curar, por idealización del rol por parte del paciente.

Vale decir que, como psicólogos, siempre estarían excluidos o *sobreincluidos* en lo que se refiriera al paciente y su cuerpo. Se pudo observar que el rol de tercero excluido, que se dramatizó reiteradas veces, era tanto una situación temida como deseada, pues el otro funcionaba como acompañante evitando el contacto personal directo.

El mayor temor era el contacto con la persona total: *parecía*

más tranquilizante conectarse con la enfermedad, la muerte, el embarazo, el parto, como fantasías y aspectos puramente psicológicos. Por ejemplo, durante una dramatización, ante las contracciones de una alumna en el rol de parturienta, la respuesta de la alumna en el rol de enfermera fue: "¿No serán puntadas nerviosas?" Otro ejemplo, que muestra claramente el alejamiento y negación de la realidad como defensa: Psicólogo: "¿Qué la trajo por aquí?" Embarazada: "Y... que voy a tener un hijo." (Situación que provoca la risa generalizada en el resto de los observadores.)

En estos ejemplos también se pudo observar uno de los aspectos a tener en cuenta específicamente en el trabajo en salas de maternidad: el desconocimiento sobre los procesos normales de embarazo y parto, desconocimiento que parece responder a pautas culturales.

En síntesis, la mayoría de las dudas y temores que fueron apareciendo en esta etapa se referían al manejo técnico y desempeño del rol.

Subyacente a ellos las dificultades mayores estaban en relación con: a) gran desvalorización de la tarea psicodiagnóstica, contrapuesta a una fantasía de acción terapéutica sobre los pacientes; b) gran dificultad para asumir el rol a causa de una marcada autoexigencia y una sensación de gran exigencia por parte de la cátedra.

Ante la fantasía de ser óptimos terapeutas o, en su defecto, óptimos psicodiagnostadores, era imposible adecuarse a lo que en realidad se esperaba de ellos: estudiantes que se entrenaban con un tipo particular de sujetos.

Luego de trabajar sobre los temores frente al Hospital General, la sala en particular, la enfermedad, etc., y de dramatizar las situaciones de ubicación arriba expuestas, se redujeron las fantasías distorsionantes y los temores aminoraron.

En Maternidad, por ejemplo, la vergüenza y la culpa frente a la sexualidad vivida como algo prohibido fue un aspecto muy importante, cuyo señalamiento, dramatización y comentario facilitaron el aprendizaje.

En Ginecología también se enfatizaron fantasías muy crueles en relación con la sexualidad y se intentó corregirlas: fantasías acerca de que los tratamientos quirúrgicos de la enfermedad ginecológica eran castigos, resultantes de una actividad sexual culpógena.

En Clínica Médica, el aspecto más generalizado y particular apuntaba a la ligazón posible entre los futuros entrevistados y la enfermedad y vejez de una generación mayor (padres). Frente a esta ligazón subyacente surgieron defensas maníacas y sádicas (algunos modelos: un dictador que ordena la extradición inmediata de los extranjeros; un barco que se hunde por tormenta con todos sus ocupantes, etc.). Trataban de eliminar omnipotente y sádica-mente al objeto que conflictúa, a fin de que no surgiesen los sentimientos depresivos que el contacto podía provocar.

d) Realización de la tarea

En esta etapa del trabajo se hicieron dramatizaciones buscando modelos cercanos a la realidad que el alumnado deberá enfrentar, modelos de psicólogos que entrevistan a pacientes con la supuesta enfermedad, o problemática de la sala en la que les correspondería actuar. En estas reuniones se hacían los ajustes necesarios sobre encuadre, consignas, presentación del material o cierre del proceso con la finalidad de que existiesen pautas básicas comunes de acercamiento.

Simultáneamente el alumnado comenzó las tareas de psico-diagnóstico, trayendo, para dramatizarlas, las situaciones concretas por las que habían pasado. Se pudo observar que cada uno traía la situación que le había despertado mayor ansiedad, y que las comisiones de *role-playing* funcionaban como un buen continente para modularla. Suponemos que contar con esta posibilidad les permitió no hacer actuaciones en relación con la tarea sino tolerar la ansiedad hasta volcarla y resolverla en el lugar más adecuado.

La coordinadora y el resto de las observadoras actuaban facilitando la conceptualización de lo dramatizado, haciéndose cargo del rol de yo pensante o discriminador, mientras que los alumnos que dramatizaban se hacían cargo de los aspectos afectivos de la situación. Comprendían así que no hay una única respuesta frente a determinada situación, sino que distintas modalidades o estilos pueden ser igualmente válidos dentro de los límites del marco teórico-técnico con el cual se trabaja. Les permitió además pasar de la vivencia a la conceptualización de la realidad, y lograr grupalmente una síntesis de los procesos. En este sentido, las tres comisiones funcionaron de manera similar y pareja, aunque en Ginecología se pudo observar una cierta diferencia.

Esta comisión pasó por momentos más depresivos, que permitió a sus integrantes detectar las propias limitaciones. Aquellos trataron grupalmente de comprender uno de los aspectos más esenciales del rol del psicólogo, que hace a la actitud de acercamiento, comprensión y transmisión de *insight*, sobre la base de ser continente del paciente asistido.

En Ginecología, este sostén que el psicólogo brinda al paciente para la modulación de la ansiedad fue creado intencionalmente.

Los restantes grupos no lo tomaron como factor prioritario, sino que se abocaron más bien a encontrar normas prácticas frente a situaciones críticas a fin de aliviar rápidamente la ansiedad.

Son distintos momentos que se pueden dar en el proceso de aprendizaje: lo óptimo es llegar a la conceptualización de lo esencial mediante generalizaciones.

e) Evaluación

La inclusión en el último *role-playing* de una evaluación de la tarea realizada era importante no sólo para los alumnos, sino también para el cuerpo docente, ya que permitiría completar la experiencia y ser un *feed-back* corrector de enseñanza para los próximos cuatrimestres.

Los alumnos pudieron verbalizar y actuar su vivencia y la operatividad de la técnica empleada, percibir la importancia de "poner el cuerpo", la exigencia de flexibilidad interna y la necesidad de una integración teórico-práctica aun en las situaciones inesperadas.

(Una alumna verbaliza: "Hasta ahora aprendimos psicología, ahora aprendimos a ser psicólogos", es decir, pudieron ver el rol y desde el rol la vivencia del vínculo entrevistado-entrevistador.)

No obstante la tarea común de los tres grupos, surgieron modalidades diferentes en cada comisión con respecto a la evaluación y formas particulares de separación y despedida al finalizar el cuatrimestre. Inferimos una posible relación con la sala particular que cada comisión enfrentó.

Por ejemplo, en Maternidad, no se dramatizaron modelos, dándose la evaluación en forma verbal con insistencia en el pedido de más clases y cursos, predominio de la dependencia y dificultades para asumir el fin de la experiencia.

En el grupo que trabajó en Clínica Médica predominó la elección de modelos con incremento de defensa omnipotentes.

La comisión de Ginecología pudo evaluar más adecuadamente el proceso con el uso de modelos ajustados a la realidad presente y al rol de futuros psicólogos.

En cuanto a los elementos comunes, en las tres comisiones percibimos la mención de diferencias individuales en relación con distintos momentos de la carrera en que cada uno se hallaba (para algunos era el último práctico, a otros les faltaban algunas materias más). Se realizó una suerte de balance general individual, respecto del *role-playing*, de la cátedra e incluso de la carrera de psicólogos en su totalidad y del futuro profesional cercano.

Se podrían discriminar entonces dos niveles en la evaluación y despedida:

a) de la materia

b) de separación de la Facultad y/o entrada en el rol profesional.

a) En el primero predominó la gratificación que como alumnos recibieron a través de información y tareas, pero con necesidad de mayor tiempo-trabajo. (Ejemplificado en dos dramatizaciones como "falta de postre" o "falta el ensayo general".)

b) En el segundo predominaron sentimientos depresivos por la percepción del déficit de formación que tenían, pero con conciencia de que pudieron asimilar lo que la materia y la carrera les brindó.

En síntesis, queremos destacar que la asunción del rol de psicólogos implica un proceso de constante aprendizaje y búsqueda, redescubrimiento, revisión y creación personal del propio estilo de trabajo apoyado por una práctica teórica rigurosa.

El *role-playing*, al brindarle al alumnado la posibilidad de ir anticipando situaciones similares a las reales, le permite encontrar características particulares de funcionamiento. Posteriormente, al cotejar las situaciones dramatizadas con la realidad, se enriquece el aprendizaje vivencial del rol.

Nuestra hipótesis de trabajo es que, desde el período formativo, el estudiante pueda comenzar a percibir y conceptualizar qué estuvo haciendo, cómo lo hizo, por qué lo hizo, dentro de un proceso de constante comprensión y redescubrimiento.

Irá logrando así un estilo propio de interacción, integrando el hacer con el sentir y pensar acerca del trabajo psicológico, eslabón que, sumado a la lectura crítica, lo dotará no sólo para el ejercicio profesional, sino también para la producción científica.

Indice

Prefacio	9
Capítulo I	
El proceso psicodiagnóstico	11
— Capítulo II	
La entrevista inicial	21
— Capítulo III	
Entrevistas para la administración de tests	49
Capítulo IV	
El cuestionario desiderativo	63
1	
Fortaleza y debilidad de la identidad en el Test desiderativo	65
2	
Fantasías de muerte en el Test desiderativo	
Hebe Friedenthal y M.L.S. de Ocampo	83
3	
Indices diagnósticos y pronósticos en el Test desiderativo a partir del estudio de las defensas	
María C. de Schust y Elsa Grassano de Piccolo	91
4	
Identificación proyectiva y mecanismos esquizoides en el Test desiderativo	
Alberto Brodesky, Nidia Madanes y Diana Rabinovich	100

Capítulo V	
El Test de relaciones objetales de Herbert Phillipson	115
Capítulo VI	
El Test de apercepción infantil (CAT) de L. y S. Bellak	169
Pautas de interpretación del Test de apercepción infantil (CAT-A) de L. Bellak	
Sara Baringoltz de Hirsch	171
Capítulo VII	
La hora de juego diagnóstica	193
1	
La hora de juego diagnóstica	
Ana María Efron, Esther Fainberg, Yolanda Kreiner, Ana María Sigal y Pola Woscoboinik	195
2	
Hacia un modelo estructural de la hora de juego diagnóstica	
Analia Kornblit	223
Capítulo VIII	
Los tests gráficos	235
Defensas en los tests gráficos	
Elsa Grassano de Piccolo	237
Capítulo IX	
La entrevista de devolución de información	389
1	
Devolución de información en el proceso psicodiagnóstico	391
2	
Técnica de devolución en pareja	
Norberto Mario Ferrer y Elida Esther Fernández	413
Capítulo X	
El informe psicológico	443
El informe psicodiagnóstico: ejemplificación a través de un caso	
Renata Frank de Verthelyi	445

Capítulo XI

Indicadores para la recomendación de terapia breve
extraídos de la entrevista devolutiva

475

Capítulo XII

Las técnicas proyectivas en el diagnóstico de las
dificultades de aprendizaje

Blanca E. Edelberg de Tarnopolsky

483

Capítulo XIII

La enseñanza del psicodiagnóstico

Una experiencia en la enseñanza del psicodiagnóstico.

Técnica del *role-playing*

Enza M. Appiani, Esther Fainberg,

María E. McGuire de Llauró y Yolanda Kleiner

511